# Minimale interventies



J.P. Broothaerts
L. Taccoen
W. Vermeiren

## Een draaiboek voor motiverende gesprekstechnieken in groep



# INLEIDING

De vaststelling dat uiteindelijk weinig mensen met alcoholproblemen in de hulpverlening terecht komen of op een zeer laat tijdstip, heeft er ons toe gebracht een aantal minimale interventies uit te werken om hen te kunnen bereiken.
Om deze doelstelling te kunnen verwezenlijken implementeerden we een reeks sessies die, volgens ons, aan de volgende criteria moet voldoen om enige invloed te hebben:

- ✓ gericht zijn op het verhogen van het inzicht in, het bewust zijn van het probleem: motivatie verhogen en niet therapie komt op de eerste plaats.
- ✓ aantrekken van probleemdrinkers waar soms hun drankgebruik al voorwerp van discussie of overweging is geweest: met andere woorden gericht op alcoholisten die zich in de contemplatiefase bevinden wat betreft hun motivatie.
- ✓ ambulant, 's avonds: beperkte tijdsduur en zo weinig mogelijk de dagelijkse routine storen.
- ✓ beperkt aantal sessies: tijdsinvestering overzichtelijk houden.
- ✓ geen selectie op de ernst van de verslavingsproblematiek.
- ✓ groepsgericht werken: groepsdynamische aspecten gebruiken, drinkgedrag onderzoeken is een actief proces.
- ✓ mensen met alcoholproblemen aanmoedigen om zichzelf aan te bieden: de drempels om contact te leggen moeten daarom ook zo laag mogelijk gelegd worden.

Om dit te verwezenlijken werd in streeknieuwskranten een aankondiging geplaatst die stelt dat men zijn drinkgedrag kan leren onderzoeken om dit eventueel ook weer onder controle te brengen. De sessies worden als een cursus aangeboden.
De term **gecontroleerd** verwijst hier niet naar een exclusief te realiseren doelstelling maar laat mensen toe vroeger toe te treden tot preventieve/therapeutische interventies. Zij zijn eerder daarvoor gemotiveerd en worden minder afgeschrikt.

Gezien de beoogde doelstellingen bereikt werden, hebben we ons voorgenomen de gevolgde werkwijze gedetailleerd uit te schrijven. Dit werkje is vooral praktisch opgevat om tot de uitvoering van de minimale interventies te kunnen komen.

- ✓ een eerste deel beschrijft het theoretische kader waaruit de auteurs vertrokken zijn om tot dit opzet te komen. Al te dikwijls vergeet men of maakt men niet duidelijk hoe praktijk en theorie samenhangen.
- ✓ daarna worden enkele praktische uitgangspunten en ervaringen met deze groepssessies belicht.

- ✓ in het praktijkdeel worden de sessies zeer gedetailleerd beschreven. Het is immers de bedoeling dat men zelf tot toepassing ervan kan overgaan. Men moet echter voor ogen houden dat rekening houdende met de beschreven principes, dit maar één voorbeeld is betreffende de wijze waarop men de reeks sessies kan opbouwen. In feite wordt een kader beschreven dat iedereen op zijn indiosyncratische wijze kan variëren.

Deze beschrijving van een minimale interventie die in de contemplatiefase door middel van groepssessies wordt uitgevoerd, is maar één voorbeeld van dergelijke interventies. Belangijk is te onthouden dat men met relatief beperkte maar gevalideerde interventies zowel preventief als therapeutisch, onverhoopte resultaten kan bereiken.



# INHOUDSTAFEL MINIMALE INTERVENTIES

## DEEL 1 · Theorie



## DEEL 2 · Praktijkervaring



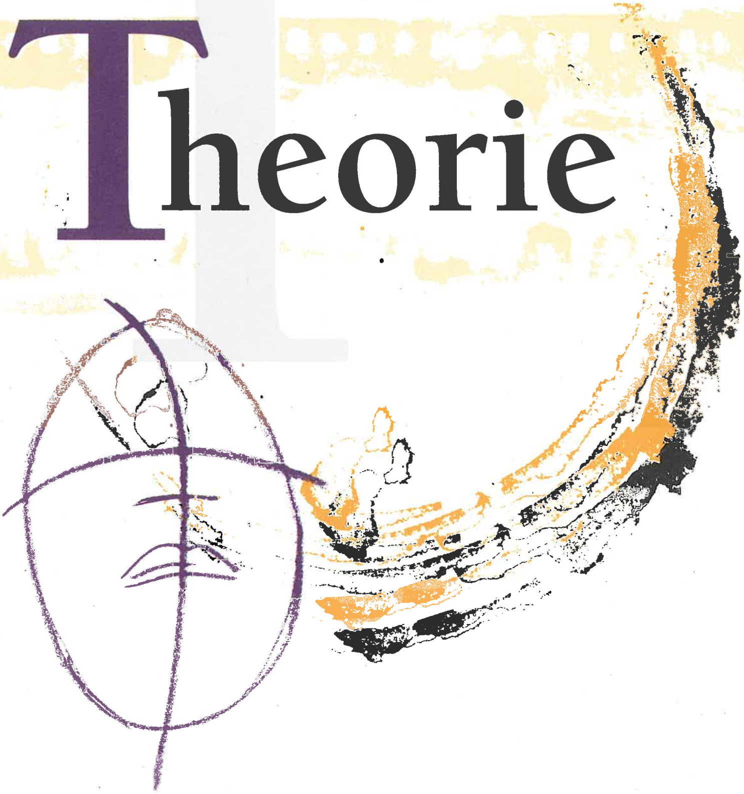
## DEEL 3 · Draaiboek: 5 sessies

## DEEL 4 · Extra illustraties bij de 5 sessies



## DEEL 5 · Index gangbare begrippen

# Theorie



Stadia van verandering
community care
Minimale interventies
Theoretische uitgangspunten
Motiveren
Theoretische conceptualisatie
secundaire preventie

Stadia van verandering
community care
Minimale interventies
Theoretische uitgangspunten
Motiveren
Theoretische conceptualisatie
secundaire preventie

# SECUNDAIRE PREVENTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

**Secundaire preventie** is het zo vroeg mogelijk opsporen van gezondheidsproblemen en het voorkomen van verdere deterioratie door gepaste interventies (Alden, 1988, p. 280; Heather, 1989[1], p.108 & 1997).
Hoewel wij zullen proberen het belang ervan aan te tonen, is het beklemtonen van deze interventies geen gangbare opvatting. We zullen daarom eerst de theoretische context schetsen waarin secundaire preventie gedijt en dan inzoomen op het alcoholprobleem als zodanig.

Aandacht voor preventie gedijt in de eerste plaats in opvattingen die uitgaan van "community care", een maatschappelijk geïntegreerde gemeenschapsbenadering of meer specifiek hier, een gemeenschapsgeestelijke gezondheidszorg ("community mental health care").
In tabel I (zie pagina 32) geven we de opvattingen weer over interventies en hun modaliteiten uitgaande van een traditionele benadering en uitgaande van een concept waarbij geestelijke gezondheidszorg ingebed is in alle aspecten van de maatschappelijke realiteit.

Vanzelfsprekend zijn de opvattingen hier gepolariseerd tegenover elkaar gesteld. Belangrijk is op te merken dat in een "community mental health care"-opvatting **deze benaderingen niet uitsluitend t.o.v. mekaar zijn maar veeleer de modaliteiten bepalen waar, wanneer, hoe, hoeveel ... deze of gene aanpak moet uitgevoerd worden.**
Wij zullen kort enkele principes bespreken daar ze eveneens aan bod zullen komen, toegespitst op de zorgverlening aan probleemdrinkers (1).

1. **Er wordt een sterke klemtoon** gelegd op het **bekomen van gegevens** die:

   **a.** een zicht geven op het **aantal mensen** dat door het probleem getroffen wordt,

   **b.** aangeven hoe de **verdeling** is op **geografisch gebied** en

   **c.** hoe ze verdeeld zijn over **specifieke deelgroepen.**

Eén van de belangrijkste bevindingen hier is dat men tot de ontdekking kan komen dat de prevalentie van een probleem veel hoger ligt dan men denkt en dat de incidentie en prevalentie zeer ongelijk verdeeld kunnen zijn. Een probleem waar we verder uitvoerig aandacht zullen aan besteden in het alcoholdomein vanwege zijn implicaties voor preventieve activiteiten.

2. **Met nadruk wordt gesteld** dat hulpverlening **zo dicht mogelijk in de buurt** moet georganiseerd worden zodat de dagelijkse bezigheden en sociale omgeving zo minimaal mogelijk gestoord worden. Met andere woorden wat ambulant kan, zou niet residentieel moeten gebeuren.

3. **Preventie wordt hoog in het vaandel geschreven.** Vandaar ook het belang dat moet gehecht worden aan minimale interventies die eveneens toelaten vrij grote groepen mensen te bereiken. Het beklemtonen van secundaire preventie kan dan ook leiden tot vroegere identificatie en hierdoor met beperktere interventies verdere deterioratie beperken. De klemtoon wordt dus duidelijk gelegd op een **proactieve benadering** door te proberen problemen te localiseren en te interveniëren eerder dan een reactieve aanpak.

4. **Het betrekken van alle personen op de eerste lijn** in de hulpverlening. Deze "**community response**" laat immers precies vroegere identificatie van problemen en interventies toe. Een mooi voorbeeld hiervan is het verspreiden van motivationele gesprekstechnieken voor de aanpak van verslavingsproblemen (Miller, 1991; Broothaerts, e.a., 1992[2]).

We beperken ons tot de bespreking van deze principes omdat ze rechtstreeks betrekking hebben op het domein dat ons onderwerp vormt.

# SECUNDAIRE PREVENTIE IN DE HULPVERLENING AAN PROBLEEMDRINKERS

De idee om secundaire preventie voor alcoholproblemen in de praktijk te brengen is niet zo evident. Daarvoor was het nodig dat verschillende ontwikkelingen in de hulpverlening, theoretisch en praktisch, op een bepaald ogenblik convergeerden (medio jaren tachtig).

1. **Het klassieke medische denken over alcoholisme** werd in vraag gesteld door een veelheid van onderzoek.Traditioneel worden de volgende kenmerken beklemtoond (Heather, 1997):

   a. **alcoholisme** is een discrete entiteit versus een continuüm opvatting.

   b. **de centrale betekenis van de begrippen** controleverlies en craving versus gegevens die deze alomtegenwoordige begrippen nuanceerden.

   c. **de onomkeerbaarheid van de ziekte** die resulteert in levenslange onthouding als oplossing voor het probleem versus omkeerbaarheid en een ruimer palet keuzen.

   d. **een progressieve deterioratie** wanneer abstinentie niet wordt nagestreefd versus publicaties die dit voorspelde, bijna natuurlijk verloop, maar niet consistent terugvinden.

Het doorbreken van een alles of niets opvatting over alcoholisme, een continuüm opvatting over de ernst van verslavingsproblemen, zet de deur open voor andere, meer flexibele klinische responsen; preventieactiviteiten worden zinvol. Zoals uit de tabel hieronder blijkt is de prevalentie probleemdrinkers zeer groot t.o.v. diegenen die uiteindelijk met de hulpverlening in aanraking komen.

**Tabel 2.: de prevalentie drankproblemen in een Engels district van 1 miljoen inwoners (Stockwell, 1987).**

**22.000 personen zijn zware drinkers***

**7.500 geven alcoholproblemen toe**

**1.250 probleemdrinkers zijn bij allerlei instanties bekend**

**125 hadden ooit contact met behandelingsmodaliteiten**

*zware drinkers wordt gedefinieerd als: > 35 standaardeenheden voor mannen en > 20 voor vrouwen/week

Vroegere identificatie en kortere behandelingen worden nu mogelijk **indien** de know-how voor de uitvoering bestaat.

Het poneren van abstinentie kan bijgevolg in bepaalde omstandigheden contraproductief werken. Het kan mensen gedurende jaren uit behandeling houden (Heather, 1989[1], p 158) en de traditionele opvatting dat na "hitting the bottom" (die Verelendungshypothese) de cliënt tot inzicht en motivatie komt, kan niet geconfirmeerd worden. Integendeel veel van deze "verloederde" drinkers eindigen in een Algemeen Ziekenhuis zoals men ook uit de tabel kan afleiden (Sengers, 1990). Het openen van alternatieven en ondersteunen ervan leidt tot mogelijkheden voor vroegere interventies.

In een populatiedoorsnede blijkt, de zeker niet verrassende vaststelling, dat op een continuüm de "verloederde" drinkers slechts een klein percentage uitmaken. M.a.w. heelwat alcoholisten met alcoholgerelateerde problemen met hun persoonlijke en maatschappelijke implicaties, zullen anders moeten bereikt worden.

De resultaten van het onderzoek naar spontane remissie, het terug aannemen van een normaal drinkpatroon,, bewees dat dit vrij frequent voorkomt. Dit toonde eveneens aan dat gecontroleerd-normaal drinken een ingrediënt kan zijn (Taccoen, 1990).

Al deze gegevens openen de deur om het alcoholprobleem in zijn totaliteit aan te pakken inclusief de gerelateerde problemen die het op alle domeinen veroorzaakt. Niet alleen behandeling maar primaire (2) en secundaire interventies worden belangrijk omdat zij in een vroeg stadium identificeren en men dikwijls met vrij beperkte interventies tot resultaten komt .

2. **In een aantal uitstekende reviews van de literatuur** omtrent de effectiviteit van behandelingen kwam Miller (1988; 1992; 1995) voor clinici tot de ontstellende conclusie dat de therapeutische resultaten meestal niet de 10 à 20% overschrijden. Men mag daarbij niet vergeten dat een controlegroep zonder behandeling in dezelfde tijdspanne hetzelfde succespercentage bereikt om maar te zwijgen van de resultaten door spontane remissie op langere termijn. Dit leidde hem ertoe te poneren dat in de loop van de laatste 50 jaar er geen substantiële vooruitgang qua behandelingsresultaten in dit domein had plaatsgevonden.
Men kreeg op het eerste zicht de indruk dat er geen wezenlijk verschil bestond in effectiviteit tussen ambulante en residentiële benaderingen, lang- of kortdurende behandelingen, meer of minder intensieve begeleidingen en opmerkelijker nog, dat de kostprijs van behandelingen omgekeerd evenredig was met het bewijs van hun effectiviteit.

Nadere analyse bracht echter aan het licht dat de minst toegepaste methodieken - cognitief-gedragstherapeutische - wel een significante impact op de efficiëntie van de therapieën hadden. Zo bleken behandelingen die de klemtoon legden op een negotiatie-model in de therapeutische relatie, op een empatische therapeutische stijl en op strategieën die het verslavingsgedrag direct aanpakken, effectief.

Recent onderzoek (Heather, 1997; Project MATCH, 1997 & 1998) heeft deze vaststellingen verder onderbouwd. Uit de voorlopige resultaten van het Project MATCH, een groots opgezet Amerikaans onderzoek naar de effectiviteit van verschillende behandelingsmethoden toegepast residentieel en ambulant blijkt dat:

**a.** motivationele interviewtechnieken gelijkaardige resultaten opleveren als andere behandelingsvormen, onafhankelijk van de ernst van de verslaving. Dit wijst erop dat motivationele elementen in een behandeling even cruciaal zijn als andere onderdelen. Eens voldoende motivatie aanwezig is, slagen zelfs veel patiënten erin zichzelf verder te veranderen zonder dat een meer intensieve therapie moet tussenkomen. Dit is vanzelfsprekend consistent met de observaties aangaande spontane remissies en de reversibiliteit van het probleem.

**b.** cliënten die hun probleem nog niet herkennen beter af zijn met motivationele interviewtechnieken terwijl cliënten die actiebereid (= therapie vragen) zijn, beter geholpen zijn met een cognitief-gedragsmatige aanpak (Heather, 1997,p. 200)

Implicaties van deze resultaten waren onder andere dat de deur werd opengezet voor het ontwikkelen van technieken om probleemdrinkers te bereiken, voor het rekening houden met het stadium waarin de probleemdrinker zich bevindt en het modeleren van daaraan aangepaste interventies en voor het inzicht in efficiënte interventies.

**3. De kwaliteit van het leven:** centraal stond hier de vraag van patiënten of naast abstinentie als therapeutische doelstelling de mogelijkheid van het herwinnen van een niet-schadelijk sociaal drankgebruik kon gerealiseerd worden. Immers in maatschappijen waar drinken geritualiseerd is, van jongsaf aan gesocialiseerd is, maakt het drankgebruik deel uit van de sociale omgang.
Veel mensen zijn dan ook bereid, zeer gemotiveerd indien deze doelstelling zou kunnen bereikt worden, zich in een behandeling te engageren. Daarenboven bleek ook dat abstinentie geen evenredige relatie onderhoudt met een overeenkomstige verbetering in levenskwaliteit en dat de doelstelling op zich dikwijls zelfs als een stressor werkt (Heather 1997; Lloyd, 1975; Schippers; 1981).

Implicaties van dit gezichtspunt zijn dat preventieactiviteiten en minimale interventies geïnitieerd worden en dat “harm reduction” als een volwaardige strategie gezien wordt.

4. **Het beschikbaar worden van theoretische modellen** en de daaruit voortvloeiende technieken voor vroegere identificatie en interventie. Deze andere gezichtspunten waren zo verschillend en impliceerden dermate wijzigingen in opvattingen over de organisatie van de hulpverlening aan alcoholisten (MacEwan, 1991; Heather, .1997; Stockwell,1987) dat één van de bekendste wetenschapsfilosofen, R. Harre (1980), na onderzoek van het domein, tot de conclusie kwam dat er van een paradigmaverschuiving kan gesproken worden. Deze richt zich theoretisch, indien men de communaliteiten beklemtoont en niet de verschillen tussen theorieën, op deze die een sociaal-constructivistische ondertoon hebben.We zullen dan verder eveneens een theoretisch kader presenteren om deze interventies te plaatsen.

**Besluitend poneren we dat de beschreven toestanden aanleiding zijn**

**a.** om over verslaving te denken als een continuüm met veel gevallen in de beneden- en middenmoot en weinig aan de bovenzijde (Sanchez-Craig, 1989) wat impliceert dat

**b.** interventies eveneens op een continuüm kunnen geplaatst worden gaande van geen behandeling (spontane remissie), over korte interventies, naar intensieve ambulante behandelingen, dagopvang (Denissen & Van Bilsen, 1987), half-weg huizen, tot residentiële opnamen.

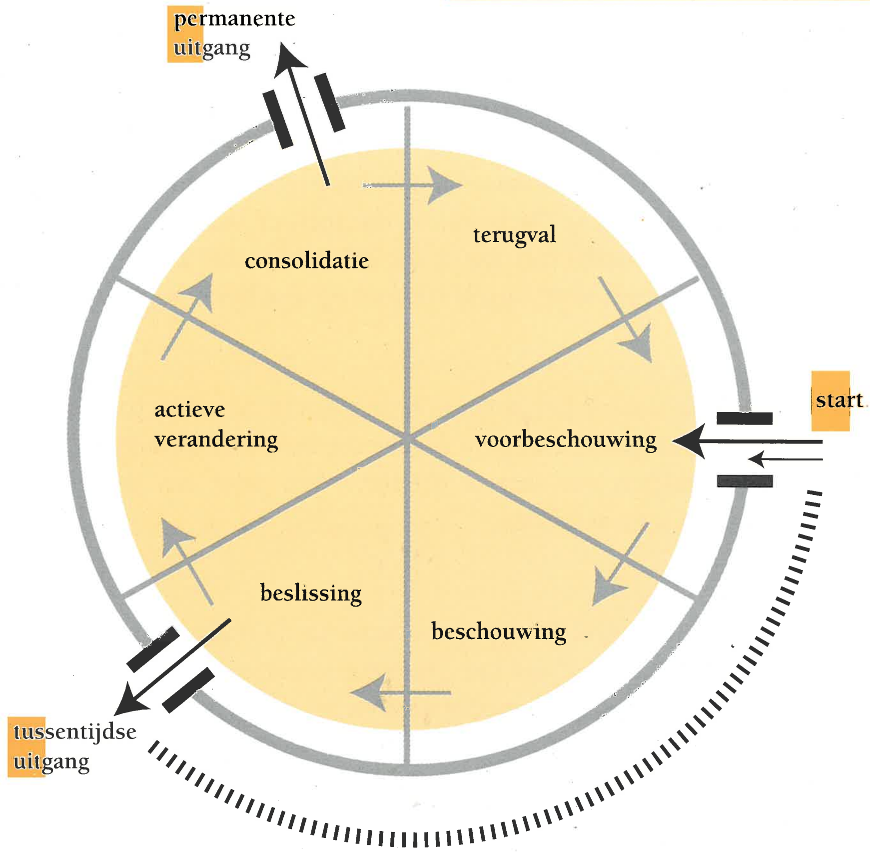
# De stadia van verandering

In dit hoofdstuk gaan we proberen de plaats van secundaire preventie in het continuüm van interventies in de hulpverlening aan te tonen.

Voornamelijk **Prochaska en Di Clemente** (1988,1992), maar ook vroeger reeds bijv. Goldfried (1980), hebben deze materie grondig uitgespit.

De bedoeling was om na te gaan **HOE mensen veranderen en dat zowel met als zonder psychotherapie.** Dit behelst onmiddellijk ook de erkenning van het feit dat in de verslavingszorg zelf-verandering wel degelijk voorkomt (cfr. spontane remissie). Het opzet bestond erin na te gaan of er gemeenschappelijke principes ten grondslag liggen aan de structuur van verandering die met en zonder psychotherapie tot stand komt bijv. bij verslavingsproblematieken. Hierna geven we de stadia van verandering weer en de daarmee geassocieerde veranderings-processen.

Figuur I. De stadia van verandering



## 1. De verschillende stadia van verandering

### a. Voorbeschouwing of precontemplatie fase:

de persoon in kwestie is zich niet bewust van zijn probleem maar anderen beseffen des te meer dat er iets misloopt. Onder andere familie, werkmakkers, buren kunnen op deze wijze degenen zijn die druk op de probleemdrinker gaan uitoefenen . Dit is trouwens een manier waarop weerstand en ontkenning van het probleem alleen maar opgebouwd worden doordat op verschillende niveaus gepraat wordt (Miller, 1983 & 1989). Dikwijls komt men deze mensen in de hulpverlening tegen onder druk van hun omgeving en verlaten zij de hulpverlening eens de druk mindert en omdat in de traditionele confronterende benadering de therapeut alleen maar de omgeving copieerde en de weerstand tegen interventie nog verhoogde en de ontkenning van het probleem nog versterkte.

### b. Beschouwing of contemplatie fase :

hier is de persoon zich bewust van het feit dat er iets problematisch zou kunnen zijn maar dan eerder in de zin van " indien mijn echtgenoot wat minder zou werken en meer naar mij zou luisteren ". Indien de omgeving verandert, zal het probleem zich wel vanzelf oplossen.Een ander kenmerk in deze fase is: het afwegen van de voor en tegen aspecten van het probleem en zijn oplossing. Het is een gevecht zo te zeggen van de positieve aspecten en de voordelen van het drinken tegenover de hoeveelheid inspanning, energie, verlies dat het zal kosten om er tegen aan te gaan. In deze fase zijn dus interventies welkom die het bewustzijn over het probleem vergroten en de bezorgdheid eromheen doen toenemen. Dit houdt in dat men er van uit gaat dat de gebrekkige motivatie van de alcoholist niet iets is dat inherent is aan zijn persoonlijkheidsstructuur maar interactioneel werd opgebouwd en op zijn beurt wijzigbaar is.

### c. Beslissingsfase :

dit is het ogenblik waarop het individu beslist om in de nabije toekomst tot effectieve verandering over te gaan. Belangrijk is hier dat men kan werken met meerdere doelstellingen en manieren om deze te bereiken. Een palet van alternatieven kan probleemdrinkers tot actie aanzetten.

### d. Actiefase :

dit is wat men traditioneel de therapie noemt. In de traditionele opvatting waar men wacht op de "Verelendung" als het "moment suprême" wordt al het voorbereidend werk over het hoofd gezien dat nodig was om het individu tot verandering te brengen.

**e. Consolidatiefase:**
het verankeren van de bereikte veranderingen. Of men nu voor de rest van zijn leven geconsolideerd blijft (dus eens alcoholist, altijd alcoholist) of niet, daarvoor verwijs ik naar de theoretische beschouwingen in Broothaerts, 1990, 1992.

**f. Herval:**
wordt gezien als een leerpunt, leermoment waaruit de persoon iets kan putten om zijn problematiek verder te ontleden en er beter te kunnen mee omgaan in de toekomst.

## 2. Implicaties van dit model van verandering.

**a.** Vanzelfsprekend suggereert dit model niet dat iedereen dit parcours mooi doorloopt of bijv. eindeloos cirkeltjes draait. De tijd die iemand in een fase spendeert kan dan ook erg uiteenlopend zijn voor verschillende personen, meer of minder intensief gebeuren. Zeer dikwijls zal de cliënt als het ware voor andere problemen eerst de cirkel rondmaken vooraleer aan het verslavingsprobleem zelf toe te komen. In werkelijkheid neemt de cirkel dan ook een eerder spiraalachtig karakter aan (Davidson, 1992; Prochaska, 1992).

**b.** Het inschatten van de fase waarin de cliënt zich bevindt, is bijgevolg van doorslaggevend belang. Het heeft weinig zin om iemand die actiebereid is te laten antichambreren voor allerlei andere psychologische exploraties evenmin als over therapeutische actie te praten bij een precontemplator. En dat is nu precies wat in de traditionele aanpak van alcoholisme wel gedaan werd (Prochaska, 1992, p.1105)

**c.** Dit model geeft aan waar en wanneer, meer of minder directief moet gewerkt worden, hoe met echtparen moet gewerkt worden, wanneer diagnostisch materiaal op zijn plaats is enz. Verdere informatie hierover vindt men onder andere in Miller, 1989 & 1991.

**d.** Daar de stadia van verandering een temporele dimensie weergeven, moet ook nog gedefinieerd worden hoe de veranderingen plaatsvinden. De processen voor deze verandering die geïdentificeerd werden, zijn dezelfde voor zowel de persoon die zich zelf helpt als voor diegene die men terugvindt binnen verschillende therapiesystemen. Wanneer we nu de geïndentificeerde veranderingsprocessen en de stadia samenvoegen waarin ze het meest gebruikt worden, dan valt op dat er voor de eerste stadia bitter weinig voor handen is.

**Tabel 3: de stadia van verandering en de daarin meest voorkomende veranderingsprocessen.**

| Precontemplation | Contemplation | Action | Maintenance |
|---|---|---|---|
| Eight processes used the least | Consciousness-raising | | |
| | | Self-reevaluation | |
| | | Self-liberation | |
| | | Helping relationship | |
| | | Reinforcement management | |
| | | | Counterconditioning |
| | | | Stimulus control |

(Prochaska & DiClemente, 1988)

Het volstaat dus niet de juiste processen op het juiste moment toe te passen als men moet vaststellen dat voor de eerste fase helemaal geen know-how te oogsten valt. Zeker in de verslaafdenzorg stelt deze problematiek zich scherp: enerzijds bieden zich onder de beschreven omstandigheden heelwat mensen in een vroeger stadium aan, anderzijds werd door de traditionele aanpak nooit het probleem van motiverende interventies beschouwd daar het gewoon niet nodig was. Wanneer men nu zoals we gesteld hebben tot vroegere identificatie en interventies wil komen - secundaire preventie - zullen precies de twee eerste stadia een opvulling moeten krijgen.
Uitgaande van deze visie werd door Miller en medewerkers (1983, 1985, 1987) een motivationeel model voor alcoholisten ontwikkeld dat precies hierop doelde.

## 3. Motiveren als context.

In de behandeling van drankproblemen werd tot hiertoe, met sterke klemtoon, het falen toegeschreven aan een gebrek aan motivatie van de cliënt voor therapie. Op haar beurt is deze gebrekkige motivatie te wijten aan weerstand, aan een overmatig gebruik van het verdedigingsmechanisme ontkenning (Miller, 1985). Door deze karakteristieke patronen als universeel en inherent aan de persoonlijkheidsstructuur van probleemdrinkers te hechten, kon en ging therapie maar één richting uit. Men moest de cliënt direct en onverbiddellijk confronteren met zijn probleem totdat hij na "hitting the bottom" tot het nodige inzicht en motivatie zou komen. Alleen bestaat er niet zo iets als unieke eigenschappen van alcoholisten, evenmin typische alcoholische persoonlijkheden en nog minder blijkt door de "Verelendungstheorie" (3) de motivatie te worden gegenereerd.

Deze conceptie heeft dus allerminst bijgedragen tot behandelingssucces. Integendeel, men kan uit deze conceptualisatie van motivatie twee afleidingen maken : ofwel schrijft men de cliënt een gebrek aan wilskracht toe, dat hij niet hard genoeg probeert, ofwel heeft hij een constitutioneel deficit dat buiten zijn controle ligt (Miller, 1985). Volgens de door ons verder nog te beschrijven theoretische opvattingen ontkent de eerste visie de enorme kracht van de automatische processen die in parallel met nieuwe intenties werkzaam zijn en niet zomaar te stoppen zijn. De tweede conceptie ontmoedigt de aanpak door cliënt en therapeut, legt de mogelijkheid tot therapeutisch ingrijpen opzij, de notie van moeilijk maar wijzigbaar gedrag wordt omgezet in onmogelijk en buiten bereik.

Om uit deze impasse te geraken is men gekomen tot een motivationeel model waarbij Miller (1985) motivationele interventies omschrijft als operaties die de probabiliteit van de cliënt verhogen om te beginnen met, door te zetten en mee- en samen te werken aan een actieve veranderingsstrategie. Dit impliceert dat men er van uitgaat dat men motivatie kan verhogen, beïnvloeden. Eveneens houdt dit in dat men gebrek aan motivatie als trek afschrijft, als iets ziet dat niet inherent is aan het individu maar veeleer het product is van de wijze waarop interactioneel met de probleemdrinker werd omgesprongen, werd gecommuniceerd. Miller (1983) stelt eerder een weegschaalmodel voor : mensen met alcoholproblemen geven terzelfdertijd wel en niet problemen toe. Langs de ene kant drinkt de buurman veel meer, langs de andere kant zijn er misschien slaapproblemen. Het zal nu de taak van de therapeut zijn een proces op gang te brengen waarbij de bezorgde stemmetjes steeds toenemen, de gewichtjes in de weegschaal van plaats veranderen. Er wordt m.a.w. gewerkt aan de voorwaarden waaronder verandering kan plaatsvinden.

Motiveren van een cliënt maakt dan ook integraal deel uit van het psychotherapeutisch proces. Uit onderzoek naar het meten van motivatie voor psychotherapie blijkt dat voor de vooruitgang van de behandeling en het behandelingsresultaat van belang is, de erkenning van psychische problemen door de patiënt, de bereidheid om te veranderen en zich daarvoor actief willen inzetten (Keijsers, 1997). ***Motivatie voor behandeling moet bijgevolg niet zozeer gezien worden als een voorwaarde tot succesvolle verandering, maar is de eerste stap van de verandering zelf.*** Deze veranderingen die in de eerste plaats bestaan uit veranderde opvattingen van de patiënt over de klachten, vinden plaats in de eerste fasen van het model van de stadia van verandering waarvoor precies het motivationeel interview ontwikkeld werd.

Doel van motiverende contacten met (potentiële) cliënten zou bijgevolg moeten zijn: het stimuleren en begeleiden van het nemen van weloverwogen beslissingen door de cliënt aangaande zijn probleemgedrag. Een dergelijke opgave heeft zowel consequenties voor de houding van de hulpverlener tegenover individuen met verslavingsproblemen als voor de aard van de interventies.

Om dit echter te kunnen doen is het noodzakelijk ook hier enkele van de traditionele opvattingen opzij te zetten (voor een excellent overzicht zie Heather, 1997):

**a. Het etiket "alcoholist" schuift men opzij.** Het suggereert dat het een ziekte is die van buiten komt en men er niet al te veel kan aan doen. Centrale ingrediënten van alcoholisme zoals het ziektebegrip worden ernstig in twijfel getrokken (Heather, 1997; Schippers, 1988).

**b. Ontkenning is beïnvloedbaar,** motivatie kan verhoogd worden.

**c. De individuele verantwoordelijkheid :** de cliënt kiest zijn doel.
Verschillende behandelingsdoelen worden mogelijk en de cliënt zal begeleid worden naargelang zijn doelstelling . Dit betekent dat bijv. ook doordrinken een alternatief is, en in sommige situaties trouwens het meest voor de hand liggende (Schippers, 1988; Sengers, 1990) (3).

**d. Interne attributie :** het verwerpen van de ziekteopvatting houdt in dat de cliënt niet als hulpeloos gezien wordt maar als iemand die controle kan uitoefenen. Dit houdt ook in het voorstellen aan de cliënt van verslavingsgedrag als een gewoonte, d.w.z. een moeilijk maar toch te beïnvloeden, te wijzigen gedrag (Schippers, 1988).

Aangetoond kan worden dat interventies op basis van deze principes waarbij de cliënt onvoorwaardelijk aanvaard wordt (cfr. empathie, begrip), een betekenisvolle therapeutische invloed kunnen uitoefenen. (Miller, 1985).

Schippers (1988, p.141) omschrijft het zo : " het komt er niet meer op neer argumenten aan te dragen en te overtuigen, maar wel om een atmosfeer te creëren waarin de cliënt zichzelf motiveert door de "ontdekkingen" die hij doet. Om te kunnen komen tot weloverwogen beslissingen is het nodig dat de cliënt zich (sterker) bewust wordt van zijn gedrag, de aard en ernst van de gevolgen daarvan, van zijn motieven voor dat gedrag en eventuele tegenstrijdigheden daarin en van eventuele mogelijkheden tot verandering. Dit moet leiden tot bezorgdheid over de problemen en een grotere bereidheid tot verandering".

Men kan in deze motiverende aanpak gemakkelijkheidshalve 3 fasen onderscheiden :

**a. De uitlokfase :**
de hulpverlener probeert de cliënt zelfmotiverende uitspraken te ontlokken waaruit moet blijken dat er sprake is van bewustwording van het probleem en de eventueel eraan verbonden problematiek (cognitief-emotioneel), dat de bezorgdheid (affectief)

blijkt toe te nemen en de noodzaak tot wijziging van het drinkgedrag (gedrag) erkend wordt. In deze fase tracht de hulpverlener de cliënt in elk geval zover te krijgen dat hij minimaal gemotiveerd is voor een vervolggesprek.

**b. De informatiefase :**
cliënt en therapeut gaan op zoek naar informatie (o.a. medische, psychologische) i.v.m. het probleemgebied. Deze informatie wordt neutraal aangeboden en men laat de cliënt zijn conclusies trekken, uitspraken doen met de bedoeling ook zo weer de bezorgdheid op te drijven, het plaatsen van vraagtekens te verhogen. Je neemt als hulpverlener niet de bewijslast op je schouders. Zelfregistratie vervult een belangrijke rol: verhogen van het bewustzijn, informatie over interne en externe stimulusconfiguraties, samen ontleden, activiteitsprincipe (Broothaerts, 1992[1]; Sobell, 1993).
Diagnostische gegevens worden bijgevolg niet meer beschouwd als momentopnamen maar krijgen een procesmatig en motivationeel karakter door de manier waarop het diagnostisch materiaal geïntegreerd wordt.

**c. Onderhandelingsfase :**
eens een besluit tot verandering genomen, worden de verschillende doelen besproken. De therapeut zal ook aangeven dat er voor elk doel een geëigende therapeutische procedure kan aangeboden worden.

Voor wie zich verder wil verdiepen in de technische details van deze aanpak op de meest verscheiden gebieden, verwijzen we naar het handboek van Miller e.a., 1991, Broothaerts & Tack, 1999.

## DE PLAATS VAN SECUNDAIRE PREVENTIE IN DEZE OPVATTINGEN

In onze contreien zal men voor de praktijk maar spaarzaam publicaties vinden (Hermans, 1985; Otten, 1997; Standaert, 1990; Van Emst, 1985; Walburg, 1987) waar deze ideeën min of meer aan bod komen en de doelstellingen dan meestal nog erg verschillend zijn. In de internationale literatuur echter treft men meerdere reviews daarover aan en vindt men deze terug onder de noemer van "**brief interventions" of minimale interventies** (Babor, 1992; Bien, 1993; Heather, 1989[3], 1989[4] & 1997; Sanchez, 1989).

### 1. De karakteristieken van deze interventies zijn:

**a.** Zij zijn in staat een groter spectrum van personen met alcoholproblemen te benaderen.

**b.** Zij zijn kost-effectief en wegen verhoudingsgewijs minder op de budgetten.

**c.** Zij vragen minder tijd dan de gewone intensieve interventies.

**d.** Zij kunnen gedeeltelijk worden toegepast door andere professionele groepen op de eerste lijn gezondheidszorg, bv. verplegers, sociale werkers, huisartsen enz.

**e.** Zij worden door de patiënten gewaardeerd omdat ze korter van duur zijn en niet omvangrijk interfereren in de dagelijkse bezigheden.

**f.** Zij hebben een open, niet veroordelende attitude.

**g.** Zij respecteren de doelstellingen van de cliënten.

**h.** Zij vermijden het plakken van een label.

**i.** Zij blijken evenveel vrouwen als mannen aan te trekken.

**j.** Zij zijn in feite in twee groepen onder te verdelen: het geven van adviezen aangaande het drankprobleem of het organiseren van een beperkt aantal therapeutische sessies. Deze laatste sessies omvatten dan meestal het werken met een zelfcontrole model met als ingrediënten: doelen stellen, zelf-observatie, eenvoudige functionele analyse, het instrueren in procedures om drinken en/of doordrinken te vermijden, het gebruik van zelfhulpboekjes.

## 2. Deze laatste groep interventies kan op twee manieren gebruikt worden: enerzijds als een behandelingsprocedure en anderzijds als een motivationele interventie.

De evaluaties van deze interventies kunnen als volgt samengevat worden (Babor, 1992; Bien, 1993; Heather, 1989[3], 1989[4] & 1997; Sanchez, 1989):

**a.** De resultaten vanuit een therapeutisch oogpunt waarmee mensen bereikt worden in een vroeg stadium van probleemdrinken zijn vergelijkbaar met deze die behaald worden met intensieve ambulante behandeling. De resultaten van minimale interventies zijn effectiever dan geen interventie. Zij zijn dat niet voor drinkers die reeds middenin hun medische, psychologische en sociale problemen beland zijn. In dit geval blijft 'matching' de richtlijn. Ook in de follow-up resultaten van het groots opgezette 'MATCH' onderzoek wordt dit weerspiegeld (1997). Cliënten die initieel in de pre- of contemplatiefase verkeerden, boekten meer resultaat met motivationele interventies alleen. Diegenen die in de actiefase en verder verkeerden, behaalden betere resultaten met cognitief-gedragsmatige interventies;

**b.** Deze interventies renderen het meest wanneer zij gericht zijn op het verhogen van motivatie. Zij zijn dan bijgevolg gericht op personen die zich in de voorbeschouwings- en contemplatiefase bevinden. Dus voor probleemdrinkers geïdentificeerd in een vroeg stadium kunnen zij de aanleiding zijn om tot gedragsverandering te komen met de aangereikte hulp en voor ernstige verslavingsproblematieken kunnen zij de aanzet vormen om meer gespecialiseerde hulp te zoeken met een significante invloed op het behandelingsresultaat.

## 3. Onze opzet wat betreft secundaire preventie zal er als volgt uitzien:

**a.** Duidelijk gesitueerd in de contemplatiefase m.a.w. probleemdrinkers worden aangetrokken waar soms een kritisch stemmetje opgaat;

**b.** Het aanmoedigen van mensen met alcoholproblemen om zichzelf aan te bieden (een veel gebruikte en ook door ons gebezigde techniek is het plaatsen van een advertentie in de media).

**c.** Ambulant, in de buurt.

**d.** Beperkt aantal sessies.

**e.** 's Avonds, beperkte tijdsduur, zo weinig mogelijk de dagelijkse routine storen.

**f.** Gebruik maken van vooral sociaal-cognitieve technieken die succesvol bleken in het motivationeel geschetste model.

**g.** Motivatieverhogend: inzicht, bewustzijnsverhogend werken wat het probleem betreft, is de eerste doelstelling en niet therapeutisch.

**h.** Geen selectie op de ernst van de verslaving.

**i.** Groepsgericht werken.

**Figuur 2:** Voorbeeld van een advertentie.

**Leren gecontroleerd drinken: kan dat ?**

Er zijn in ons land nogal wat mensen die regelmatig moeilijkheden hebben om het drinken van alcohol (bier, wijn, aperitief, sterke drank) onder controle te houden. Het drinken loopt dikwijls uit de hand, terwijl men niet goed weet hoe men daaraan iets kan veranderen.

Een aantal hulpverleners die veel ervaring hebben met alcoholproblemen, hebben samen een cursus samengesteld, waarin aangetoond wordt hoe men meer controle kan krijgen over het drinken van alcohol.
De cursus gaat door onder de vorm van 5 samenkomsten, telkens van 20u. tot 22u., op de volgende data: 26 februari, 5, 12, 19 en 26 maart.

Deze cursus richt zich dus tot dié mensen, die moeilijkheden ervaren in het omgaan met alcohol, maar via deze cursus meer controle willen krijgen over hun drinkgedrag en daardoor willen voorkomen dat ze met alcohol in moeilijkheden geraken.
Mensen die geïnteresseerd zijn, nemen op voorhand contact met Walter Vermeiren, Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (016)23.27.28 - 23.08.76, Vital Decosterstraat 86, Leuven. De onkosten bedragen 750 fr.

## THEORETISCHE ACHTERGROND OVER ALCOHOLISME VOOR DEZE BENADERING

Al te dikwijls wordt over alcoholisme gepraat, geschreven zonder expliciet de theoretische achtergronden te verduidelijken (Schippers, 1981). Wij willen dit euvel verhelpen maar zullen ons in elk geval beperken tot die noties die nodig zijn om de interventies in de groepssessies te kaderen.
Zoals boven reeds vermeld bij de visie van R. Harré, zal de hier gepresenteerde theoretische achtergrond aansluiten op een sociaal constructivistische opvatting (Schippers,1996; Vygotsky, 1987).

1. **In eerste instantie** moet voldaan worden aan de beschreven opvatting: het creëren van een empathische relatie als noodzakelijke maar dikwijls niet voldoende voorwaarde.

Vanuit onze visie wordt het individu gezien als een organisme met een zelf-organiserende capaciteit en met een proactieve natuur. D.w.z. dat het individu actief handelend en doelbewust in zijn omgeving ingrijpend, kan optreden. Wel degelijk kan, want, voor dit onderwerp, moet men zich in de eerste plaats bezighouden met automatisch en onbewust verlopende processen waarbij de invloed van de omgeving enorm geworden is. De werkelijkheid die door het individu sociaal geconstrueerd wordt en de daaruit voortvloeiende kennis, ervaring wordt opgeslagen in o.a. schema's, scripts, inbegrepen de ondersteunende fysiologie, die het individu toelaten te ageren (Drummond, 1995).
Deze schema's kunnen zich op verschillende niveaus voltrekken waarbij de voor de uit-voering vereiste tussenkomst van het bewustzijn steeds kan afnemen, het proces zich steeds automatischer als gewoonte voltrekt. M.a.w. zij kunnen verlopen ofwel grotendeels gecontroleerd door automatische processen ofwel grotendeels gecontroleerd door niet-automatische processen (Van den Bergh, 1986).

Kenmerkend voor automatische schema-activatie is dat het proces snel verloopt, weinig inspanning vraagt en vrij resistent is aan verandering. Verder is een geautomatiseerde handeling vrij autonoom, niet intentioneel. Als m.a.w. de gepaste stimulusconfiguraties zich voordoen, kan de handeling zelfs onvrijwillig, zomaar, in uitvoering gebracht worden. Daarenboven bezit ze als het ware een ballistische kwaliteit omdat het moeilijk te stoppen is en tendeert om uitgevoerd te worden (Tiffany, 1990, p.31; Vanden Bergh, 1986).

Men kan zich dus inbeelden wat het gaat betekenen als (een) bepaalde strategie(en) herhaald en in steeds wisselende situaties gebruikt wordt, zodat een overgegeneraliseerd responsschema ontstaat dat leidt tot een beperkter en minder flexibel handelingsrepertoire. (Schaufeli, 1980).
Gecontroleerd verlopende processen zijn traag, vragen aandacht, intentie en inspanning, zijn introspectief toegankelijker. Deze processen worden dan ook vereist in situaties waar automatische processen niet (kunnen) ingeroepen worden om adequate responsen te produceren. Een dergelijke situatie is dus ook daar, waar een individu zijn automatische reacties wil hinderen of stoppen en/of nieuwe schema's in het spel wil brengen (Tiffany, 1990).

Als centrale thesis stellen we voorop dat het drinkgedrag een activiteit is die grotendeels door automatische processen wordt gecontroleerd. Drinkgedrag - in zijn ruimste zin, dus ook zoeken, verwerven, consumeren - zal dus gekenmerkt worden als relatief snel en efficiënt uit te voeren, in gang te zetten door specifieke stimulusconfiguraties, eventueel geïnitieerd en uitgevoerd zonder intentie, moeilijk te verhinderen in aanwezigheid van de gepaste stimulusconfiguraties en eventueel uitgevoerd zonder er zich bewust van te zijn. Deze geautomatiseerde actieschemata zijn opgeslagen in het geheugen en bevatten informatie over stimulusconfiguraties die intern of extern zijn.

**a. Externe stimulusconfiguraties kunnen bijvoorbeeld zijn :**

- ✓ bepaalde personen
- ✓ plaatsen waar men zich bevindt
- ✓ een bepaald uur, een maaltijd, enz... .

**b.Interne stimulusconfiguraties kunnen bijvoorbeeld omvatten:**

- ✓ emoties hier opgevat als gerepresenteerd in een netwerk met als elementen : een betekeniscomponent, een fysiologische en een motorische component. Daar elk individu nu eenmaal zijn eigen geschiedenis heeft, ontwikkelt iedereen ook zijn eigen idiosyncratische emotionele schema's en zijn eigen individuele responsstereotypie (Lang, 1985).
- ✓ vermoeidheid.
- ✓ fysieke ontwenningssymptomen, enz... .

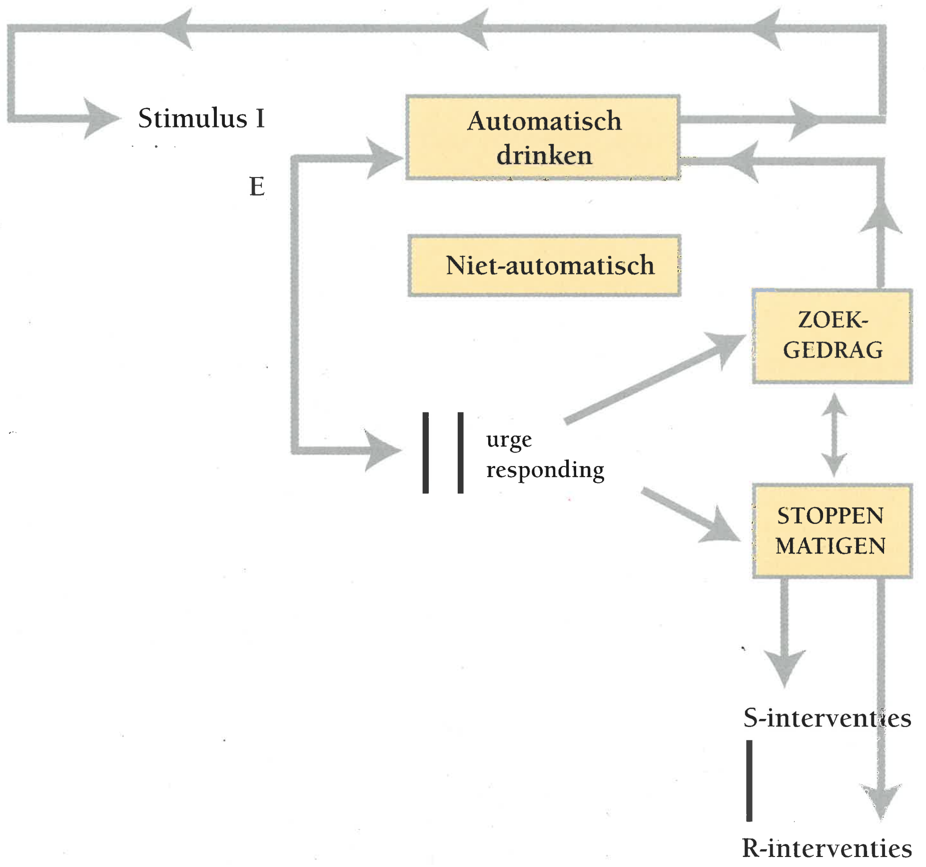
## 2. Implicaties van dit gezichtspunt voor de beoogde interventie.

Begrippen die uitgelegd moeten worden en de gebezigde technieken moeten rechtstreeks uit dit model voortvloeien. **"Urge responding"** moet geconceptualiseerd worden als responsen die ontstaan wanneer niet-automatische processen geactiveerd worden in parallel met automatische drinkgedragschema's..

Dit is het geval wanneer niet-automatische cognitieve schema's ingeroepen worden in een expliciete poging om het drinken te stoppen of te hinderen ofwel wanneer het handelingsplan om te drinken niet onmiddellijk kan uitgevoerd worden bij een individu dat absoluut wil gebruiken. "Urge responding" moet dus opgevat worden als een overkoepelende term voor de begrippen spanning, irritatie, onrust, goesting, zucht, craving, drang naar het drinken. Zaken die zich kunnen voordoen in de hierboven beschreven toestand.

Schematisch kunnen we deze conceptualisatie als volgt voorstellen:

**Figuur 3 :** Theoretische conceptualisatie



Uit deze conceptie laten zich bepaalde veronderstellingen afleiden.

Mogelijk is dat iemand bijgevolg hervalt
**a.** Zonder craving te ervaren en door eventueel achteraf vast te stellen dat hij iets heeft gedronken. In reviews m.b.t. herval vindt men gemiddeld dan ook maar 7% personen die enige vorm van drang, irritatie beschrijven. De meeste individuen constateren dat ze blijkbaar plots weer aan het gebruiken zijn (Tiffany,1990).

**b.** Zelfs na jaren moet een herval met of zonder craving mogelijk zijn als de betreffende situatie en de gekoppelde actie-schemata niet therapeutisch verwerkt werden.

**c.** De fysiologische "blueprint" als substraat voor craving en weergave van de verbale uitingen hierover bestaat niet. Het patroon en de sterkte van de fysiologische responsen in situaties waar de verslaafde zijn automatisch drinkgedrag wil stoppen, zal bepaald worden door 4 bronnen :

✓ de ondersteunende fysiologie voor het uitvoeren van het gebruikersschema.
✓ de fysiologische responsen in anticipatie van het druggebruik.
✓ fysiologische responsen geassocieerd met planning ter vermijding van druggebruik.
✓ de ondersteunende fysiologie voor acties om druggebruik te vermijden.

Gezien de idiosyncrasie van de situaties en de persoon zal een somatoviscerale standaardprint voor craving niet te vinden zijn en dat is dan ook wat de literatuur weerspiegelt ondanks wat sommige theorieën beweren (Tiffany, 1990). Elke medicamenteuze ingreep op deze fysiologische responsen zou een ingrijpende bijdrage bewerkstelligen.

3. **Gezien onze beschrijving moet het stoppen of matigen met drinken**, in aanwezigheid van automatische processen, een zware opgave worden die niet even veranderd wordt door een nieuwe intentie met gekoppeld actie-schema.

Niet alleen bestrijdt het individu automatische processen maar als hij het doet, voelt hij zich niet beter, integendeel de onrust stijgt. Het lijkt erop dat hij kan kiezen tussen pest en cholera en de reden om dat te doen zullen goed moeten ingeprent zijn. Vandaar ook het belang dat moet gehecht worden aan het presenteren en aanvaarden van alle doelstellingen: gecontroleerd drinken, sociaal drinken, doordrinken, abstinentie langs de gekozen weg, zoals via antabuse, bibliotherapie enz.

Het wijzigen, creëren van nieuwe actie-schemata gericht op drinkgewoonten zal een verhoogd attentieniveau vereisen. Het toepassen van **Stimulus-** (de meest krachtige om automatische processen te stoppen), **S-R en Respons- interventieprocedures** zal vereist zijn (Robertson, 1988). **Registratie, Functionele Analyse,** inzicht in de schemata zullen vereist zijn. Dit actieve en handelend ingrijpen van het individu leidt ook tot het onderbreken van andere niet-automatische activiteiten die in het leven vereist worden.
Het vereiste aandachtsniveau zelf kan immers op verschillende wijzen onderbroken worden waarna de bestaande automatismen terug de overhand nemen (Broothaerts, 1990):

**a.** Alcohol interfereert snel op hoog-attentief niveau wat ten zeerste van belang is bij de procedure voor de doelstelling matig drinken.

**b.** Sterke emotionele toestanden werken disruptief op self-monitoring (Van den Bergh,1986; Kirschenbaum, 1987).

**c.** Vermoeidheid.

**d.** Cognitieve stijlaspecten kunnen eveneens van invloed zijn (Cox, 1985).

Neuropsychologisch dysfunctioneren treedt reeds bij kleine dosissen alcohol op, zonder dat er sprake moet zijn van verslaving en is nadrukkelijk op het ogenblik dat het drinkgedrag verandert wordt. Het gelijktijdig werkzaam zijn van automatische en niet-automatische processen neemt immers de volle aandacht in beslag. Daarom moet aan het BAG-begrip (bloedalcoholgehalte) de nodige aandacht geschonken worden. Een stijgende dosis alcohol heeft ook een stijgende inhibitie tot gevolg wat betreft het uitvoeren van nieuwe schema's. Men kon aantonen dat vanaf 0,5% à 0,6% promille BAG de efficiëntie van de niet-automatische processen, die nodig zijn om het drinkgedrag te stoppen, gehinderd wordt (Tiffany,1990; Broothaerts,1990).

Het dempende effect van alcohol op de cerebrale functies bemoeilijkt aanzienlijk het initiëren van nieuwe schema's zodat men terugvalt op de automatische processen die vrij resistent zijn (tot op zeer hoog niveau). Het doordrinken, het controleverlies, ondanks alle goede intenties is dan ook voorgeprogrammeerd als men zich niet houdt aan zijn eigen BAG-tabel. Voor een diepgaande discussie over de relatie neuropsychologisch interferentie en wijziging drinkgedrag verwijzen we naar Miller (1991). Cognitieve verwerkingsmoeilijkheden te wijten aan neuropsychologisch dysfunctioneren, zijn dan ook de beste predictoren van mislukken en herval (Robertson, 1988; Sobell, 1988).

4. **Herval:**

Daar craving als voorwaarde sterk beklemtoond werd in vroegere opvattingen, beklemtonen wij nogmaals, gegeven de juiste omstandigheden, kunnen de nodige actieschemata voor drinkgedrag in gang gezet worden en voltooid worden zonder craving. Herval wordt ook gezien als een fenomeen waaruit men iets kan leren en niet als iets dat de hopeloosheid van het probleem bevestigd. Precies door veel belang te hechten aan registratie en het ontleden ervan, zal men, onder andere mee hierdoor, inzicht en vat krijgen op dit fenomeen.

5. **De plaats van de diagnostiek:** verzamelde diagnostische gegevens worden niet alleen beschouwd als momentopnamen maar moeten een motivationeel karakter krijgen door de manier waarop het diagnostisch materiaal gebruikt wordt.
De gegevens moeten aan de cliënten zo gepresenteerd worden dat de hulpverleners het kader schetsen waarbinnen de cliënt zelf kan interpreteren. Men laat m.a.w. de cliënt zelf de conclusies trekken, uitspraken doen met de bedoeling zo ook weer de bezorgdheid op te drijven, het plaatsen van vraagtekens te verhogen.

Deze theoretische beschrijving zal ons moeten toelaten om op een eenvoudige en werkbare wijze (zie het praktische gedeelte) aan de deelnemers van de groepssessies uit te leggen wat de betekenis is van o.a. verslaving, afhankelijkheid, ziekte, gewoonte, bifasisch effect, doordrinken, goesting, tolerantie, herval, BAG, e.a.
Verder moet de registratietechniek aangebracht worden en als een pivot omschreven worden met verschillende doeleinden. De registratie zelf omvat drie delen: het drinkgedrag zelf, de situatie die eraan voorafgaat, en de wijze waarop het ophoudt. Ze dient de volgende functies:

**a.** Het verhogen van het bewustzijn over het drinken zelf: hoeveelheid, wat, hoe. Ook het hebben van goesting moet genoteerd worden gezien het enorme belang ervan zeker bij de doelstelling abstinentie om kritieke momenten op te sporen.

**b.** De registratie laat toe samen met de cliënt te werken, te analyseren.

**c.** Het activiteitsprincipe wordt ermee geïntroduceerd.

**d.** Informatie over interne en externe stimulusconfiguraties en de nog aanwezige copingmechanismen. Dit laat toe te komen tot een eenvoudige functionele analyse. Men zal dan ook snel op het spoor komen van samenhang met eventueel andere problematieken.

Hierop aansluitend kunnen dan S, S-R en R interventies aangeboden worden.
Aanbieden van sociale vaardigheidstechnieken, werken met RET om de samenhang van GGG (gedachten-gevoelens - gedrag) te demonstreren, stimuluscontrole, werken met BAG-tabellen enz. Ook het hanteren van de tijd die vrij komt door zijn drinkgedrag te wijzigen, verdient de nodige aandacht. In de volgende hoofdstukken zullen we nu precies proberen te beschrijven hoe deze gedachtengang er in de praktijk uitziet.
De theoretisch geïnteresseerde lezer verwijzen we voor een diepgaande beschrijving naar Broothaerts, 1999; Drummond, 1995; Goldman, 1989; Robertson, 1988; Tiffany, 1990 & 1998.

**Noten:**

**(1)** Wij zullen de woorden alcoholist en probleemdrinker verder in de tekst door mekaar gebruiken. Beide woorden verwijzen echter naar twee grondig van mekaar verschillende opvattingen. Alcoholist impliceert dat er in de populatie een beperkte subgroep bestaat die een ziekte heeft die kwalitatief verschillend is.
Probleemdrinken verwijst naar een continuüm opvatting waar zowel drinken in alle gradaties voorkomt als de daaraan gekoppelde, eveneens gegradeerde, problemen.
In deze laatste opvatting is preventie dan ook denkbaar, zinvol, en uitvoerbaar.

**(2)** Primaire preventie: het voorkomen van gezondheidsproblemen

**(3)** 'Hitting the bottom', in de goot terechtkomen, de verloedering, die 'Verelendung' impliceert een gezichtspunt dat je gemotiveerd wordt wanneer je deze toestand in het leven bereikt hebt. Deze opvatting gaat volledig voorbij aan het feit dat iemand in een context leeft. Wanneer de persoon niets meer heeft, er ook geen existentiële zingeving meer is, dan wordt doordrinken wel eens HET alternatief par excellence.
Sengers (1990) geeft dit als volgt weer:

| | FYSIEKE | PSYCHOLOGISCHE | SOCIALE PROBLEMEN |
|---|---|---|---|
| INTOXICATIE | xx | x | x |
| VERSLAVING | x | xx | x |
| VERLOEDERING | x | x | xx |

x = factorencluster van belang
xx = factorencluster van bijzonder belang

Bijgevolg moet op zijn minst, zoniet eerst dan toch, terzelfdertijd de sociale component ondersteund worden (Stockwell, 1987; Davidson, 1991; Sisson, 1989).
Aanspreken op het gebruik alleen, is bijgevolg niet het voor de hand liggende aangrijp-ingspunt. Dit schema sluit aan op de cirkel van Prochaska, namelijk dat men iemand moet aanspreken in het stadium waarin hij zich bevindt.

**tabel 1 : dimensions of community mental health versus traditional clinical services (Stockwell, 1987)**

| | COMMUNITY MENTAL HEALTH | TRADITIONAL CLINICAL SERVICES |
|---|---|---|
| Strategies of service | Strategies aimed at reaching large numbers of people, including brief psychotherapy and crisis intervention. | Emphasis on extended psychotherapy. |
| Level of intervention | Emphasis on a total or defined group. | Emphasis on individual clients. |
| Location of intervention | Practice in the community. | Practice in institutional mental health. |
| Source of manpower | Mental health professionals together with new, including non professional, sources of manpower, such as college students and persons indigenious to the target group. | Traditional mental health (psychiatrists, psychologists, social workers) |
| How service is delivered | Emphasis on indirect services through consultation and education. | Emphasis on direct clinical services to clients. |
| Kind of planning | Rational planning aimed at specification of unmet needs, high-risk populations and coordinated services. | Unplanned, individual services with no overall community coordination; a 'free' enterprise system.. |
| Types of services | Emphasis on preventive services. | Emphasis on therapeutic service. |
| Locus of decision making | Shared responsibility for control and decision making with regard to mental health programms between community. | Professional control of all mental health mental health services. |
| Etiological assumptions | Environmental causes of mental disorders. | Intrapsychic causes of mental disorder. |

# BIBLIOGRAFIE

**ALDEN, L.** (1988) Behavioral self-management controlled-drinking strategies in a context of secondary prevention. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 36, 2, p. 280-286

**BABOR, T., M. GRANT** (1992) (Eds.) Project on identification and management of alcohol-related problems, Geneva, WHO

**BIEN, T., W. MILLER, J. TONIGAN** (1993) Brief interventions for alcohol problems: a review. British Journal of Addiction, 88, p. 315-336

**BROOTHAERTS, J.P.** (1990) Theoretische achtergronden van gecontroleerd drinken in **TACCOEN, L., R. PEETERS** (1990) (red.) Gekontroleerd drinken, Brussel, VAD, p. 19-35

**BROOTHAERTS, J.P.** (1992) Verslavingsgedrag en gedragstherapie bij alcoholisten in Taccoen, L. (red.) (1992) Psychotherapie en alcoholisme, Brussel, VAD

**BROOTHAERTS, J.P., C. DAMMAN, M. DE BOCK, R. DE VENTER, M. TACK, H. VAN HEULE** (1992[2]) Het motivatieproces, deel I: aanpak alcoholproblemen bij OCMW-cliënten - video productie, Brussel, POK

**BROOTHAERTS, J.P, A. FRYNS, C. KORNREICH, I. PELC** (1999) Assuétudes: motivation au changement et prise en charge semi-ambulatoire. Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive, 3, 4, p. 25-33.

**BROOTHAERTS, J.P, M. TACK** (red.) (1999) Het motivationeel interview in de verslavingszorg, Garant, Leuven/Apeldoorn, (in druk)

**COX, W.** (1985) Personality correlates of substance abuse in GALIZIO, M., S. MAISTO (1985) (Eds.) Determinants of substance abuse: biological, psychological and environmental factors, New York, Plenum Press, p. 209-246

**DAVIDSON, R., S. ROLLNICK, I. MACEWAN** (1991) Counselling problem drinkers. London,Tavistock

**DAVIDSON**, R. a. o. (1992) Prochaska and DiClemente's model of change: a case study? British Journal of Addiction, 87, p. 821-835

**DENISSEN, K., H. VAN BILSEN** (1987) Motivationele milieu therapie. Tijdschrift voor Psychotherapie, 13, p. 128-138.

**DRUMMOND, C., S. TIFFANY, S. GLAUTIER, B. REMINGTON** (1995) Addictive behaviour: cue exposure: theory and practice, Chichester, Wiley.

**GOLDFRIED, M.** (1980) Toward the delineation of therapeutic change principles. American Psychologist, 49, p. 931-950

**GOLDMAN, M.** (1989) Alcohol expectancies as cognitive-behavioral psychology: theory and practice in **LOBERG, T., W.R. MILLER, a.o.** (Eds.) (1989) Addictive Behaviours: Prevention and early intervention. Amsterdam, Swets & zeitlinger, p. 11-30.

**HARRE, R**. (1980) Sciences in transition in EDWARDS, G. (1980) (Ed.) Alcoholism treatment in transition, Baltimore, University Park Press, p. 275-286

**HEATHER, N., I. ROBERTSON** (1989)[1] Problem Drinking, Oxford, Oxford University Press

**HEATHER, N.** (1989)[2] Controlled drinking treatment: where do we stand today? in LOBERG, T. a.o. (1989) (Eds.) Addictive behaviors: prevention and early intervention, Amsterdam/Lisse, Swets&Zeitlinger, p. 31-50

**HEATHER, N.** (1989)[3] Brief intervention strategies in HESTER, R., W. MILLER (1989) ( Eds. ) Hanbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives, New York, Pergamon Press, p.93116

**HEATHER, N.** (1989)[4] Psychology and brief interventions, British Journal of Addiction, 84, p. 357-370

**HEATHER, N., I. ROBERTSON** (1997) Problem Drinking, Third Edition, Oxford, Oxford University Press

**HERMANS, H.** (1985) Het nieuwe alcohol zelfhulp programma, Middelburg, Associatie van rationele denkers.

**KEIJSERS, G., C. SCHAAP** (1997) Het meten van motivatie voor psychotherapie. Diagnostiekwijzer, 1, 1, p. 33-41

**KIRSCHENBAUM, D.** (1987) Self-regulatory failure: a review with clinical implications, Clinical Psychology Review, 7, p. 77-104

**LANG, P.** (1985) De cognitieve psychofysiologie van de emotie in FILET, B. (1985) (red.) Psychotherapeutisch paspoort, Deventer, Van Loghum Laterus, p. 88-108

**LLOYD, R., H. SALZBERG** (1975) Controlled social drinking: an alternative to abstinence as a treatment goal for some alcohol abusers, Psychological Bulletin, 82, p. 815-842

**MacEWAN, I.** (1991) Community services: a motivational approach in DAVIDSON, S., S. ROLLNICK, I.MacEWAN (Eds.) (1991) Counselling problem drinkers, London, Tavistock, p. 145-159

**MILLER, W.** (1983) Motivational interviewing with problem drinkers, Behavioural Psychotherapy, 11, p. 147-172

**MILLER, W.** (1985) Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism, Psychological Bulletin, 98, 1, p. 84-107

**MILLER, W.** (1987) Motivation and treatment goals, Drugs & Society, 1, p. 133-151

**MILLER, W.** (1989) Increasing motivation for change in **HESTER, R., W. MILLER** (1989) (Eds.) Hanbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives, New York, Pergamon Press, p.67-80

**MILLER, W.** (1992) The effectiveness of treatment approaches for substance abuse: reasons for optimism, Journal of Substance Abuse Treatment, 9, p. 93-102

**MILLER, W., R. HESTER** (1988) The effectiveness of alcoholism treatment: what research reveals in **MILLER, W., N. HEATHER** (1988) (Eds.) Treating addictive behaviors: processes of change, New York, Plenum Press, p. 121-174

**MILLER, W., S. ROLLNICK** (1991) Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior, New York, Guilford Press

**MILLER, W., J. BROWN, T. SIMPSON, N. HANDMAKER, T. BIEN, L. LUCKIE, H. MONTGOMERY, R. HESTER, J. TONIGAN** (1995) What Works ? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature in **HESTER, R., W. MILLER** (1995) (Eds.) Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives, Needham Heights, Allyn & Bacon, p. 12-44.

**OTTEN J.** (1997) Kort en goed: hulp bij alcoholproblemen., Arnhem, Ampersand.

**PROCHASKA, J., C. DICLEMENTE** (1988) Toward a comprehensive model of change in **MILLER,W.,Ä N. HEATHER** (1988) (Eds.) Treating addictive behaviors, New York, Plenum Press, p. 3-28

**PROCHASKA, J., C. DICLEMENTE, J. NORCROSS** (1992) In search of how people change: applications to addictive behaviors, American Psychologist, 47, 9, p. 1115-1123

**PROJECT MATCH RESEARCH GROUP** (1997) Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: project MATCH post-treatment drinking outcomes. Journal of Studies on Alcohol, 58, p. 7-29.

**PROJECT MATCH RESEARCH GROUP** (1998) Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: treatment main effects and matching effects on drinking during treatment. Journal of Studies on Alcohol, 59, p. 631-639.

**ROBERTSON, I.** (1988) Cognitive processes in addictive behavior change in **HESTER, R., W. MLLER** (1988) (Eds.) Treating addictive behaviors: processes of change, New York, Plenum Press, p. 319-330

**SANCHEZ-CRAIG, M., A. WILKINSON** (1989) Brief treatments for alcohol and drug problems: practical and methodological issues in **LOBERG, T., W. MILLER, P.**

**NATHAN, G. MARLATT** (1989) (Eds.) Addictive behaviors: prevention and early intervention, Lisse, Swets & Zeitlinger, p. 233-252

**SCHAUFELI, W.** (1980) Gedragstherapie vanuit handelingstheoretisch perspectief, Psychologie & Maatschappij, 3, p. 409-427

**SCHIPPERS, G.** (1981) Alcoholgebruik en alcoholgerelateerde problematiek, Lisse, Swets & Zeitlinger

**SCHIPPERS, G., A. VAN EMST, H. VAN BILSEN** (1988) Motivatie en probleemdrinken, Tijdschrift Directieve Therapie, 8, p. 135-148

**SCHIPPERS, G.** (1996) Cognitieve gedragstherapie: rationalistisch of constructivistisch? Gedragstherapie, 29, 4, p. 315-330

**SENGERS, W.** (1990) Kenmerken en ontstaansvoorwaarden van gebruik, verslaving en verloedering, Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en andere Psychotrope stoffen, 16, 1, p. 17-26

**SISSON, R., N. AZRIN** (1989) The community reinforcement approach in **HESTER, R., W. MILLER** (1989) (Eds.) Hanbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives, New York, Pergamon Press, p. 242-258

**SOBELL, L., M. SOBELL, T. NIRENBERG** (1988) Behavioral assessment and treatment planning with alcohol and drug abusers: a review with emphasis on clinical application, Clinical Psychology Review, 8, p.14-54.

**SOBELL, M., L. SOBELL** (1993) Problem drinkers: guided self-change treatment, New York, Guilford Press.

**STANDAERT P.** (1990) Alcohol-zelfcontroleprogramma in **TACCOEN, L. e.a.** (Red.) (1990) Gekontroleerd drinken, Brussel, V.A.D, p. 37-53.

**STOCKWELL, T., CLEMENT, S.** (1987) (eds.) Helping the problem drinker: new initiatives in community care, London, Croom Helm

**TACCOEN, L. e.a.** (Red.)(1990) Gekontroleerd drinken, Brussel, V.A.D.

**TIFFANY, S.** (1990) A cognitive model of drug urges and drug use behavior, Psychological Review, 97, p. 147-168

**TIFFANY, S., B. CARTER** (1998) Is craving the source of compulsive drug use ? Journal of Psychopharmacology, 12, p. 23-30.

**VAN DEN BERGH, O., P. EELEN** (1986) Emotie en representatie in ORLEMANS, J., P. EELEN (1986) (red.) Handboek voor gedragstherapie, Deventer, Van Loghum Slaterus, p. F2: 1-38

**VAN EMST, A.** (1985) Een ambulante zelfcontrolegroep voor excessieve drinkers, Gedragstherapie, 18, 1, p. 63-76

**VERMEIREN, W.** (1991) Video's voor Goldstein (VHS), Tonen dat je kwaad bent - Opkomen voor je mening - Een kort gesprek voeren, 18 min. Leuven, bestellen: CGG, V. Decosterstraat 86, 3000 Leuven, 2.000 Bef. per cassette

**VYGOTSKY, L.** (1987) Thinking and speech in RIEBER, R., A. CARTON (Eds.) (1987) The collected works of L.S. Vygotsky, vol. I.: Problems of general psychology, New York, Plenum Press

**WALBURG, J., G. SCHIPPERS** (1987) Drinken met mate, Lisse, Swets & Zeitlinger

# Praktijk ervaringen



Groepsactiviteit
ervaring uit ambulante en residentiële opvang
Praktische uitgangspunten
Motieven
Bewustwording
Persoonlijke betrokkenheid

Groepsactiviteit
ervaring uit ambulante en residentiële opvang
Praktische uitgangspunten
Motieven
Bewustwording
Persoonlijke betrokkenheid

## ENKELE OVERWEGINGEN EN ERVARINGEN BIJ DE PRAKTISCHE UITVOERING

Naast de theoretische achtergronden en vaststellingen lagen ook een aantal duidelijke ervaringen uit de dagelijkse praktijk aan de basis van de keuze voor een groepsactiviteit omtrent minimale interventies.

### 1. Uitgangspunten:

**a.** De ervaring dat zowel vanuit de ambulante als residentiële opvang van probleemdrinkers, een belangrijke groep van mensen met alcoholproblemen niet wordt bereikt. Het gaat dan over die mensen die nog voldoende aansluiting hebben bij een aantal maatschappelijke structuren, zoals het gezin, werk, familiale en sociale relaties, e.d., maar geconfronteerd worden met een min of meer ernstige alcoholproblematiek en daarbij reeds een besef hebben dat er aan dit probleem iets zou moeten gedaan worden.
Hierbij hoort een belangrijke groep van vrouwen die alcohol misbruiken. Vrouwen met alcoholproblemen zijn duidelijk ondervertegenwoordigd in de ambulante en residentiële hulpverleningsmodellen.

**b.** Het reeds geciteerde "alles of niets" principe is te beperkt als uitgangspunt t.a.v. alcoholmisbruik of -problemen. Het laat geen enkel alternatief open en wordt vanuit een pessimistisch perspectief bekeken. Gevolg hiervan is dat zowel de gebruiker als de omgeving weinig vooruitzicht heeft dat hen kan helpen het alcoholprobleem aan te pakken. De term "gecontroleerd" laat mensen vroeger intreden in preventief en therapeutisch aanbod.

**c.** Het is geen therapeutische groep, maar een preventief gerichte aanpak via het aanbieden van informatie, het aangeven van mogelijkheden om anders om te gaan met alcohol, de deelnemers te doen nadenken over de te verwachten problemen indien ze op dezelfde manier met hun alcholgebruik zouden omgaan én het stimuleren van het leren nemen van beslissingen ten aanzien van hun eigen alcoholgedrag.

**d.** Expliciet wordt gekozen voor een groepsaanpak. Meer mensen worden bereikt, de groepsdynamische aspecten kunnen spelen, ze leren van mekaar enz..

**e.** Om de cursus bij een breed publiek kenbaar te maken, wordt gebruik gemaakt van de bekendmaking via een aankondiging in twee lokale reclame- en streeksnieuwskranten.(zie terug pagina 23).

De deelnemers nemen telefonisch contact op met het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg om zich in te schrijven. Er wordt geen selectie doorgevoerd op basis van ernstige verslaving, voorgeschiedenis, of dergelijke. De bedoeling is hoofdzakelijk om via een cursusmodel mensen te bereiken die willen nadenken over en eventueel werken aan hun alcoholprobleem.

**f.** De cursus is niet passief maar beklemtoont een actief exploreren van het drinkgedrag.

## 2. Ervaringen:

**a.** Voor de aanvang van de cursus werden enkele testen afgenomen. De bedoeling was tweeërlei, nl. enerzijds om de ernst van het individuele alcoholprobleem in te schatten, anderzijds om persoonlijkheidsgegevens over de deelnemers te verzamelen. Deze gegevens waren bedoeld als studiemateriaal voor de begeleiders én als feed-back voor de deelnemers die hun persoonlijke gegevens wensten te kennen. Hiervoor werd na de cursus een persoonlijke afspraak gemaakt met één van de begeleiders die een duidelijk overzicht gaf van de resultaten.
Op die manier kregen de deelnemers ook een beter zicht op hun persoonlijke betrokkenheid op alcohol en een summier idee van eventuele persoonlijkheidsaspecten die daarin meespeelden.
Ook deze manier van werken was gericht op bewustwording, zonder daaraan een bepaald standpunt of aanwijzing te verbinden over behandeling, abstinentie, opname of dergelijke.

**b.** Uit de gegevens van de deelnemers, de (korte, meestal telefonische) aanmeldingsgesprekken én de verwerking van de tests, kwamen de volgende gegevens naar voor:

- ✓ Het deelnemersaantal bestond uit een bijna gelijke verhouding tussen mannen en vrouwen. Deze verhouding is duidelijk anders dan diegene die in de ambulante en residentiële hulpverlening voorkomt. Daar is de verhouding maximaal 1/3 vrouwen en 2/3 mannen. Meestal ligt het aantal vrouwelijke hulpvragers beduidend lager.

✓ De testresultaten op het alcoholgebruik (MALT) gaven ernstige problemen aan voor bijna alle deelnemers.
De gemiddelde score was 14, wat wijst op een alcoholverslaving. Bij deze scores was er geen significant verschil tussen mannen en vrouwen.

✓ Wat de persoonlijkheidsgegevens betreft, werd er getest met de SCL 90. Hieruit bleken de volgende gegevens: bijna elke psychopatologische schaal is signifikant t.a.v. de doorsneebevolking. Dit wil dus zeggen dat de deelnemers uitgesproken psychologische problemen hebben in verhouding tot de normale bevolking. Hierbij moet rekening gehouden worden met de acute situaties van waaruit de deelnemers naar de cursus kwamen, en die klachten genereren. De vicieuze cirkels waarin mensen met alcoholproblemen geconfonteerd worden, veroorzaken klachten op verschillende psychologische domeinen. De deelnemers namen aan de cursus deel vanuit een emotionele noodsituatie. Zij hebben met hun deelname gereageerd vanuit een noodkreet: "We zitten in allerlei moeilijkheden".
Vergelijkbaar hiermee is een populatie van mensen met alcoholproblemen die is opgenomen in een ontwenningsafdeling. Waar aanvankelijk bij de opname ook hogere scores op dezelfde test worden genoteerd, scoort 3/4 na 3 weken lager. Deze vorm van aanbod moet daarom veel meer bekeken worden als een toegang tot de hulpverlening eerder dan een doel op zich.

✓ Er zijn geen verschillen tussen mannen en vrouwen.

**c.** Wat betreft de motieven van de deelnemers om in te gaan op het voorstel voor een groepscursus rond gecontroleerd drinken, kunnen volgende bedenkingen gemaakt worden:

✓ Het spreekt mensen aan omdat er niet gesproken wordt over therapie, maar over een cursus. Het is een meer vrijblijvend aanbod, dat gemakkelijker aansluit bij wat mensen in het dagelijkse leven meer en meer ontmoeten (bv. binnen het vormingswerk, het verenigingsleven, e.d.).

✓ De doelstellingen die initieel voorop worden gesteld in de aankondiging van de cursus, lijken in eerste instantie voor potentiële deelnemers meer haalbaar dan de boodschappen die men als man of vrouw met alcoholproblemen via andere kanalen te horen krijgt (bv. via de huisarts, de AA, de omgeving, e.d.).

✓ Of bovenstaande bedenkingen ook verklaren waarom er in verhouding tot de klassieke hulpverlening meer vrouwen op ingaan is niet duidelijk. De ernst van de alcoholproblematiek is - zoals eerder reeds vermeld - even ernstig als bij de mannelijke deelnemers. Er blijkt wel uit de verhalen van vrouwen die van de groepen deel uit maakten, dat hun drinken minder bekend is bij hun omgeving. Hier spelen maatschappelijke normen en perspectieven t.a.v. het alcoholprobleem bij vrouwen een belangrijke rol.

✓ Financiële elementen spelen misschien ook een rol. De beperkte financiële bijdrage maakte deze cursus toegankelijk voor een breed publiek. T.a.v. de hulpverlening bestaan vaak vooroordelen over de kostprijs en de verhouding tot wat deze financiële inspanning zal opleveren.

✓ De beperkte duur van de cursus speelt o.i. ook een rol.
Mensen engageren zich voor een duidelijk aantal samenkomsten. Dit staat ook in tegenstelling tot de (psychotherapeutische) hulpverlening, waar een onduidelijk perspectief bestaat over de duur van de ambulante of intramurale behandeling of begeleiding. Vaak denken mensen hier in termen van 6 maanden tot 1 jaar.
Dit vooruitzicht is uiteraard voor de meeste mensen een onhaalbare investering: de meeste deelnemers hebben een job en een gezin en kunnen zich een lange opname niet veroorloven.

## 3. Nadelen en valkuilen:

Naast deze eerder positieve elementen, zijn er natuurlijk ook nadelen en valkuilen verbonden aan deze methodiek:

**a.** Sommige deelnemers gaan de aandacht van de groep verleggen naar hun persoonlijke problemen, waarbij het alcoholmisbruik als een logisch gevolg wordt gezien en dus minder aandacht moet krijgen. Hier moeten de begeleiders ook een keuze maken en aangeven dat deze specifieke problemen een andere aanpak vragen. Nochtans moet men oog blijven hebben voor de eigenlijke motieven van de deelnemers. Zoals de noodzakelijke overstap van sommige deelnemers voor hun alcoholprobleem, naar de klassieke hulpverlening niet evident is, omwille van hogergenoemde motieven en achtergronden, geldt dit ook voor andere vormen en thema's van therapeutische hulpverlening, i.c. echtpaartherapie.

Het is o.i. dan ook niet terecht om persoonlijke problematieken geheel buiten de groep te houden en de groep ook hier te zien als een motivatiemiddel naar verdere hulpverlening.

**b.** De beperking in de doelstellingen en duur van de cursus kunnen frustrerend werken op de deelnemers. De cursus brengt nl. een groepsproces op gang dat sterker wordt naarmate de curus vordert en stopt wanneer er een soms grote mate van vertrouwen, eensgezindheid en solidariteit is gegroeid.

# Draaiboek
## 5 sessies



Gewoonte
Zelfobservatie
5 Bijeenkomsten
Groepsessies
Gedragsanalyse
Bag-tabellen
Koffiepauze
Brainstormen

Gewoonte
Zelfobservatie
5 Bijeenkomsten
Koffiepauze
Groepsessies
Gedragsanalyse
Bag-tabellen
Brainstormen

# CURSUS

## EERSTE BIJEENKOMST

### 1. Begroeting en introductie. (15')

a. Welkomstwoord

b. De begeleiders van de cursus stellen zichzelf voor.

c. Doel en inhoud van de cursus:
- ✓ het is een cursus, geen therapie
- ✓ het verloop van de cursus
- ✓ theorie en praktijk: weten en doen leidt tot ervaring
- ✓ afspraken en concrete mededelingen

#### AFSPRAKEN

✓ Geheimhouding: alles wat besproken wordt in de groep, gaat niet naar buiten.
Deze afspraak is essentieel om ernstig te kunnen werken
en om het vertrouwen in elkaar te behouden

✓ Begin- en einduur van de bijeenkomsten worden stipt gerespecteerd.

✓ Bij verlet verwittigt men het centrum: tel : .../............. .

✓ De deelnemers engageren zich om de cursus volledig te volgen.

✓ Er wordt aan de deelnemers gevraagd veel belang te hechten aan enkele houdingen:
eerlijkheid, luisterbereidheid, inzicht en steun bieden aan elkaar.

### 2. Wie is wie ? (15')

De cursisten gaan in tweetallen met elkaar praten, ze stellen zich aan elkaar voor en vertellen waarom ze naar deze cursus zijn gekomen en wat ze ervan verwachten. Nadien stelt ieder zijn collega voor aan de hele groep.

**IEDERE DEELNEMER KRIJGT BADGE MET EIGEN NAAM.**

## 3. Eerste probleemdefiniëring. (15')

Voortbouwend op wat zojuist in de groep werd gebracht zal de begeleider de deelnemers uitnodigen hun alcoholproblemen te omschrijven. Iedere deelnemer heeft recht op zijn eigen mening. Het komt er enkel op aan zijn eigen opvattingen te toetsen met deze van zijn buurman. De verschillende probleemomschrijvingen worden op een bord genoteerd.

**Wij spreken van een alcoholprobleem op het ogenblik dat iemands zijn drinken schade berokkent aan hem/haarzelf of aan iemand anders.**
**Deze schade kan zich op verschillende gebieden situeren.**

## 4. Valkuilen van het gecontroleerd drinken. (15')

**a.** Gecontroleerd drinken is moeilijker dan volledige abstinentie. Wie gecontroleerd wil drinken moet steeds onderhandelen met zichzelf en loopt het risico zich moedwillig of accidenteel te misrekenen.

**b.** Alcohol is een scheikundige stof die invloed uitoefent op onze hersenen.
De invloed van deze stof op ons denken, voelen en handelen is niet te onderschatten. Dit wil zeggen dat wie, voor hij begint met drinken, de vaste overtuiging kan toegedaan zijn een bepaalde vooropgestelde grens niet te overschrijden, maar onder invloed van de "eerste" pint, toch doordrinkt.

**c.** Wie gecontroleerd wil drinken zal enkele zaken moeten bijhouden. Hij zal zijn drinkgedrag nauwkeurig moeten registreren, duidelijke grenzen stellen en strategieën aanwenden om binnen deze grenzen te blijven. Hij zal zich goed moeten bewust zijn en blijven van hoe hij drinkt, hoeveel, wanneer, waar, met wie enz... .

**d.** Onder controle krijgen van zijn drinkgedrag kan ook betekenen dat men een hele periode niet drinkt of dat men overstapt naar volledige abstinentie. Ook hier is registratie noodzakelijk o.a. van de ogenblikken van "goesting".

**GECONTROLEERD DRINKEN IS GÉÉN EUFEMISME VOOR NORMAAL OF SOCIAAL DRINKEN.**

## 5. Koffiepauze. (15')

## 6. Informatief deel. (30')

De eerste informatie die we hier aanbrengen gaat over de volgende items:

**a.** Wat is alcohol?

**b.** Wat is een standaardéénheid?

**c.** Hoe werkt alcohol? Het stijgend effect en het bifasisch effect van alcohol.

**d.** Zie voor dit alles: de bijgevoegde documentatie van sessies 1-5
Het spreekt voor zich dat we hier ook een andere methodiek kunnen gebruiken om de informatie adequaat over te brengen.. We denken bijvoorbeeld aan de talrijke kennis-tests, films die de effecten van alcohol schetsen e.d.

## 7. Zelfobservatie. (15')

Als huiswerkopdracht krijgen de cursisten als taak hun drinkgedrag te registreren. Het is niet de bedoeling dat het drinkgedrag nu al vermindert.
Deze registratie kan gebeuren op de formulieren zoals aangeboden in de bijgevoegde documentatie van sessie 1.
Van groot belang is ook dat de "goesting" geregistreerd wordt. Hoe ontstaat en verdwijnt de goesting om te drinken ?

**Actieplan om minder te drinken.**
**Houdt enkele weken een dagboek bij van wat je drinkt, waar en in wiens gezelschap.**
**Probeer niet te verminderen vanwege het dagboek.**
**Denk eraan dat thuis geschonken dranken soms ruim uitgemeten zijn.**

## Tweede bijeenkomst

### 1. Begroeting en verwelkoming: is iedereen op post? (10')

### 2. Opvragen van de huiswerkopdracht. (30')

Dit is een belangrijk moment. Op deze wijze onderlijnen wij de ernst van het actief leren. De eerste reacties op de registratie-opdracht worden ingezameld. Eerst in kleine groepen. We ordenen zoveel mogelijk de aangebrachte ervaringen op een bord. Deze ordening kan gebeuren volgens het schema van de antecedente en de consequente factoren van het drinkgedrag.

| Wat eraan voorafgaat | Drinken/Goesting/Wat/Hoeveel/e.a. | Hoe het ophoudt |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

De risicosituaties worden op deze wijze goed onderkend. Dit maakt toekomstig drinkgedrag voorspelbaar en dus ook corrigeerbaar. We geven tevens aandacht aan risicosituaties waarin het probleemgedrag niet optrad.

Zo kunnen de mogelijkheden en de sterke kanten van de cursisten in beeld worden gebracht. Dit laatste is niet alléén motiverend, maar het leidt tot de ontdekking van tot nu toe onbekende mogelijkheden.
De negatieve consequenties van het drinken die hier naar voor komen kunnen straks ook in de doelkeuze een rol spelen.
Voor mensen die niet goed geregistreerd hebben kan deze oefening een goed voorbeeld zijn om het volgende keer beter te doen. Eventueel wordt er bekeken wat de registratie zo moeilijk maakte en welke oplossing eraan gegeven wordt.

## 3. Informatief. (20')

**a.** De Bag-tabellen en de weektabel worden voorgesteld. Zie bijgevoegde sessie 2.

**b.** Enkele begrippen:

- ✓ **Gewoonte, gewenning**
- ✓ **Verslaving, afhankelijkheid**
- ✓ **Goesting, craving**
- **... zie sessie 1-5**

## 4. Koffie (15')

## 5. De voor- en nadelen van het drinken. (30')

Waarom zou ik minder drinken? Een vrij mens is iemand die weet wat hij doet en waarom. Om dit bewustwordingsproces te stimuleren wordt de groep opgedeeld in kleinere groepen. Eén begeleider per groep gaat mee . Ieder voor zich vult de lijst in met de voor en nadelen van het drinken. [zie sessie 2]
Daarna is er een groepsdiscussie om nieuwe inzichten aan te brengen en te vervolledigen. Wanneer er tijd over is kan ook de MALT individueel ingevuld worden. De MALT kan een confrontatie met zich meebrengen over de **ernst** van het drinkgedrag. [zie sessie 2]

## 6. Huiswerkopdracht: opstellen van eigen weekplan en eigen doelstelling. (30')

**a.** Registratie aanhouden.

**b.** Risicosituaties onderkennen.

**c.** Risico's en eigen competenties leren inschatten op een schaal van één tot tien.

**d.** Wanneer lukt het wel om niet 'door te drinken'?

Rekening houdend met de moeilijkheden die zich kunnen voordoen maakt iedereen zijn eigen doelstelling voor de week die komt. We noteren de 'hoeveelheid' die we niet gaan overschrijden.

### Een goede doelstelling is:

✓ Concreet en duidelijk
✓ Meetbaar en controleerbaar
✓ Realistisch en uitvoerbaar
✓ Binnen mijn macht
✓ Adequaat om mijn probleem op te lossen
✓ Binnen de waarden die ik wil bereiken
✓ Binnen een haalbare tijdsduur.

## VEEL SUCCES !

**Let wel: verandering is mogelijk, maar verloopt via kleine stappen. Niettemin vragen kleine gedragswijzigingen soms grote inspanning.**

## Derde bijeenkomst

### 1. Evaluatie van de afgelopen week en gedragsanalyse. ('45)

Om beter te kunnen werken en om iedereen de kans te geven aan bod te komen werken we met *subgroepen*.
Iederéén komt met zijn cijfermateriaal op de proppen.

| | Gepland aantal | Feitelijk aantal | Opmerkingen |
|---|---|---|---|
| Maandag | 5 | 6 | |
| Dinsdag | 5 | 5 | |
| Woensdag | 0 | 7 | onverwachte receptie op het werk |
| Donderdag | 0 | 2 | |
| Vrijdag | 5 | 4 | |
| Zaterdag | 5 | 4 | |
| Zondag | 5 | 10 | familiebezoek |
| | 25 | 38 | boven de weeknorm |

Na de opsomming van het feitelijk drinkgedrag wordt nu dieper ingegaan op de eigenlijke reden van *succes* en *mislukking*. We starten met een meer grondige gedragsanalyse aan de hand van enkele concrete voorbeelden door de groep aangebracht. We kunnen dit doen aan de hand van volgend schema. Dit schema zal trouwens verder nog gebruikt worden.

| **Mijn waarneming van de feiten** | **Mijn gedachten** | **Mijn gevoelens** | **Mijn reactie** | **Het effect van mijn gedrag** |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Het is hier van groot belang de eigen **'risicosituaties'** te onderkennen.

Moeilijke situaties kunnen zijn:

- ✓ Alléén thuis zijn
- ✓ Op een feestje zijn
- ✓ Bepaald tijdstip van de dag
- ✓ Bepaalde emoties: neerslachtigheid, kwaadheid...
- ✓ Niet kunnen slapen
- ✓ Conflicten met bepaalde personen
- ✓ Stress
- ✓ Verveling

We letten echter ook op de **sterke kanten**.
In bepaalde situaties lukt het ons beter om minder te drinken dan in andere. Hoe komt dat?

We letten ook op de gevolgen van het drinken
[de chemische invloed van alcohol op onze hersenen]:

- ✓ Vermoeidheid
- ✓ Minder goede concentratie
- ✓ Prikkelbaarheid
- ✓ Controleverlies
- ✓ Ontwenningstekens.......

**Vul in:**

**Situaties die voor mij een risico betekenen. Enkele manieren om daaraan te verhelpen.**

## 2. Koffie (15')

## 3. Informatief: les over gedragsanalyse. (30')

Aan de hand van concrete voorbeelden, die de groep aanbrengt, illustreren we volgende punten:

✓ De invloed van ons '**irrationeel denken**' op ons handelen en voelen.{zie sessie 3}
✓ De invloed van onze **frustraties en emoties** op ons denken en handelen.
✓ De invloed van **gewoontes.**
Ook denkgewoontes en denkbarrières kunnen ons leven sterk bepalen.

Veel mensen kunnen hun problemen niet oplossen, omdat ze denken dat ze niet anders kunnen denken en doen dan datgene wat ze denken en doen! Er is géén alternatief. Nochtans zijn er altijd alternatieven.
Een brainstorming kan soms wonderen doen.

**De vier regels van het brainstormen zijn:**
**a.** Uitstel van oordeel (geen afstel).
**b.** Zoek vele ideeën: kwantiteit brengt kwaliteit.
**c.** Gekke ideeën zijn welkom.
**d.** Bouw verder op ideeën en combineer ze.

## 4. Tips die ons kunnen helpen wanneer we ze in daden omzetten. (30')

We verzamelen alle tips die de mensen hebben bijeengebracht om hun drinkgedrag onder controle te houden. Zo ontstaat er een uitwisseling van allerhande ideeën en gedragsalternatieven.
(Opzoeken en opstellen van S, S-R en R-interventies)

✓ Ik vertrek later wanneer ik uitga
✓ Ik ga eerst iets eten
✓ Ik blijf weg uit gelegenheden waar ik vroeger veel dronk
✓ Ik neem alcoholvrije dranken mee naar vrienden
✓ Ik neem minder geld mee
✓ Ik heb géén alcoholvoorraad in huis
✓ Ik heb wel een voorraad van mijn lievelingsfrisdrank in huis
✓ Ik drink niet tijdens het koken
✓ Ik les eerst mijn dorst met water
✓ Ik bestel een gewoon bier i.p.v. een sterk bier
✓ Ik drink langzaam
✓ Ik drink tussendoor een alchoholvrij bier
✓ ik wissel af met koffie en water
✓ Ik drink slechts één éénheid binnen het uur
✓ Ik blijf niet aan de toog staan
✓ Ik vermijd zout en nootjes
✓ Ik ga naar huis als mijn limiet bereikt is
✓ Ik geef mezelf een schouderklopje als ik het goed gedaan heb
✓ Ik koop mezelf een boek als beloning voor mijn inspanning

## 5. Huiswerkopdracht: Weekplanning. (10')

✓ Doorgaan met registratie
✓ Doelbewust een aantal 'tips' uitproberen en verder opzoeken van S, S-R en R-interventies
✓ Oefening op het denkschema

**HET IS BEWEZEN DAT WE MENSEN HET MEEST HELPEN DOOR HUN EEN NIEUW GEDRAG TE DOEN STELLEN IN PLAATS VAN HET PROBLEEM TE BLIJVEN BESPREKEN.**

## ↪ VIERDE BIJEENKOMST

### 1. Huiswerkopdracht: navraag van dagboek. (30')

Uit de navraag kan men nu onmiddellijk beginnen met het rollenspel. Immers veel mensen bereiken hun doel niet omdat ze op gedragsniveau een aantal vaardigheden ontbreken of deze te weinig hebben uitgebouwd. **De hele vierde bijeenkomst wordt liefst volledig in het teken gesteld van sociale vaardigheden via het rollenspel**. Mocht het rollenspel om één of andere reden niet vlotten, hou dan een alternatief achter de hand. Wij bieden een alternatieve mogelijkheid in het tweede lesdeel.

### 2. Rollenspel: bijvoorbeeld een drankje weigeren. (45')

Zoals reeds gezegd is dit een onontbeerlijk element van de cursus. Hier ziet u de cursist echt aan het werk.
Een goede weigering ziet er als volgt uit:

**a.** Zeggen :"nee, dank u"

**b.** Eventueel reden geven:" ik moet nog rijden"

**c.** Eventueel iets anders vragen: "geef mij maar een glas fruitsap".

Het is evident dat men hier nog tal van vaardigheden kan oefenen. Let wel: we blijven liefst in de buurt van de reëele risicosituaties die de mensen meemaken en naar voor brengen. Men kan gebruik maken van o.a. de Goldstein Video's geproduceerd door Walter Vermeiren (zie bibliografie).

### 3. Koffiepauze (15')

## 4. Alternatieve les: 'een algemene strategie om problemen op te lossen'. (30')

Mensen met alcoholproblemen moeten niet alléén leren omgaan met moeilijke situaties waarin ze gaan drinken, maar moeten ook dikwijls allerhande andere moeilijkheden het hoofd bieden. Het is nuttig om over een algemene strategie te beschikken die in verschillende concrete situaties kan toegepast worden.

**EEN STRATEGIE IN ZES STAPPEN.**

**a. Mentale ingesteldheid:**
problemen en frustraties behoren tot het normale leven en zijn er om - althans gedeeltelijk - opgelost te worden. Ongelukkigerwijs zijn er mensen die niet geloven in een eventuele alternatieve aanpak. Ze geloven dat er maar één manier is om met een situatie om te gaan en de bewijzen zijn er om te zeggen dat het hen niet lukt het anders aan te pakken. Deze mensen zijn dan ook moeilijk te overtuigen om anders naar het probleem te kijken en andere oplossingen uit te proberen. Deze onproductieve mentaliteit leidt tot: overgeneraliseren, catastroferen, en onmiddellijk concluderen. Nog anderen "moeten" zoveel dat ze voortdurend zichzelf onder druk zetten. Kenschetsend voor al deze mensen is dat ze geen afstand nemen en aan een soort bewustzijnvernauwing lijden. Er is géén ander perspectief. Het probleem gaat dan ook van kwaad tot erger.

**b. Probleemdefinitie:**
een probleem is vaak een probleem omdat het slecht en vaag is geformuleerd. Een probleem dat goed geformuleerd is, is half opgelost. Soms moeten we ook van invalshoek veranderen en dan hangt het er maar vanaf hoe je het bekijkt. Het is ook nuttig om er eens een nachtje over te slapen !

**c. Brainstormen rond mogelijke oplossingen:**
om onze bewustzijnsvernauwing tegen te gaan, gaan we nu ook 'gekke' oplossingen formuleren.

**d. Beslissen:**
uit de vele alternatieven kiezen we enkele haalbare strategieën om het probleem aan te pakken.

**e. Verificatie:**
we testen of onze oplossing klopt.

**f. Feedback:**
met hulp van anderen kunnen we onze nieuwe aanpak bespreken en de effectiviteit van onze strategie evalueren. Op deze wijze kunnen we tot nieuwe probleemdefinities komen en tot een hernieuwde aanpak.

Het is ook belangrijk om hier af te rekenen met enkele dogmatische stellingen. Sommigen denken dat wanneer het alcoholprobleem opgelost is, ook alle andere problemen vanzelf zullen opgelost worden. Anderen zijn een tegengestelde mening toegedaan en menen dat we eerst onze niet-alcoholproblemen moeten aanpakken en dat nadien het drinken vanzelf zal stoppen! Beide visies zijn gebaseerd op een causaliteitsdenken. Wij zijn er van overtuigd dat beide problemen tezelfdertijd kunnen aangepakt worden. Het is aan de cliënt te beslissen met wat hij wil beginnen. Het is aan ons om toe te zien of de doelstellingen die iemand kiest haalbaar en werkzaam zijn.

## 5. Huiswerkopdracht. (15')

✓ Zelfobservatie verderzetten en doelstellingen uitproberen.
✓ Invullen van de plezierenvragenlijst (zie sessie 4): dit heeft te maken met de vrijgekomen tijd die moet ingevuld worden. Daar men er meestal zelf niet toekomt, wordt er geholpen met een ruggesteuntje.
✓ Hoe invullen van de vrijgekomen tijd?

**WETEN EN DOEN LEIDT TOT ERVARING, DESKUNDIGHEID EN COMPETENTIE.**

## Vijfde bijeenkomst

### 1. Navraag registratieopdracht. (15')

### 2. Wat hebben we geleerd en wat hebben we bereikt? (45')

Iedere cursist geeft antwoord op deze vraag. Daarna volgt een groepsdiscussie. Feedback naar de cursus is zéér welkom.

### 3. Uitgebreid koffie met taart. (30')

### 4. Om te eindigen: wat met herval? (30')

a. Er zijn veel redenen waarom mensen hun doel niet bereiken en hervallen in hun oude gedragspatroon. Wij mensen reageren sterk geconditioneerd en hervallen vaak ondanks onze goede voornemens. Dit is echter een gevaarlijk moment. Wie mislukt geraakt gedemotiveerd en gelooft niet meer in zichzelf. Hij gelooft niet meer dat zijn inspanning tot resultaat zal leiden. Het zelfwaardegevoel kan daardoor dusdanig dalen zodat men het helemaal niet meer ziet zitten. Een negatief zelfwaardegevoel leidt tot negatief gedrag, wat op zijn beurt het zelfvertrouwen verder ondermijnt. Deze vicieuze cirkel moet doorbroken worden. Mislukken is geen persoonlijke nederlaag maar een kans om te leren uit onze fouten. Laat deze kans niet voorbijgaan. Zoek desnoods steun bij iemand die u effectief kan helpen. Zeg tegen jezelf: ik ben de moeite waard om er blijvend iets aan te doen.

**Zelfobservatie:** Gedragsanalyse

▼

**Zelfcontrole:** Wat is mijn doel en hoe dit te bereiken?

▼

**Zelfevaluatie:** Bij succes / Bij mislukken

Bij succes ▼ Zelfbeloning (*)

Bij mislukken ▼ Terug naar zelfobservatie

(*) Sommige mensen vinden een zelfbeloning niet nodig. Toch is het niet zo dom uzelf af en toe te belonen voor uw inspanning. De kans dat u het volhoudt om minder te drinken wordt daardoor groter.

**b.** Er zijn twee soorten herval.

✓ Sommige mensen hervallen omdat ze nog niet echt gemotiveerd zijn er iets aan te doen. De lijdensdruk is niet voldoende groot of vaak kunnen ze het probleem dat ze wel kennen niet voldoende toegeven of aanvaarden. Immers, problemen toegeven geeft een deuk aan het gevoel van eigenwaarde. Tegelijkertijd hebben mensen een ingebouwd beschermingsmechanisme dat hen beschermt tegen een te sterke daling van hun gevoel van eigenwaarde. Dit betekent dat mensen de neiging hebben zichzelf te beschermen tegen het idee dat er problemen zijn. De probleemdrinker wil in dit stadium enkel dat zijn vrouw ophoudt met zeuren over zijn drinken.

✓ Niettemin zijn er ook mensen die hun problemen toegeven, er werkelijk iets aan willen doen en toch hervallen. Bij navraag kunnen zij ook moeilijk de redenen van hun herval aangeven. "Het is vanzelf gebeurd." Dit laatste is echter waar en niet waar. Herval is vaak het resultaat van een heel proces. Men heeft geruisloos enkele onbelangrijke beslissingen genomen en men heeft zichzelf daardoor in een risicosituatie gebracht. Eens zover voelt men zich niet opgewassen tegen de situatie, wat leidt tot een gevoel van machteloosheid en een laag gevoel van competentie. Men kijkt nu uit naar de positieve effecten van alcohol om de problemen van zich af te schudden en men zakt door. Dit proces blijven in de gaten houden en er telkens iets uit leren is de boodschap.
bv. Ik ga op zaterdagmorgen mijn boodschappen doen in het warenhuis (vlak naast mijn oude stamcafé). Daarna ga ik in mijn stamcafé een koffie drinken en mijn krant lezen. Dat moet toch kunnen. Ik ontmoet er mijn vrienden, en voor ik het weet ben ik aan mijn derde trappist toe!

MEMO: VALLEN IS NIET GELIJK AAN HERVALLEN.

## TOT SLOT:

**Blijf niet alleen als je problemen hebt. Zoek andere mensen op die je kunnen helpen en steunen. Ook het centrum blijft ter uwer beschikking. U bent er steeds welkom. Meestal maakt de groep een afspraak om na een viertal weken nog eens bijeen te komen. Deze na-sessie is zéér positief en helpt de mensen hun inspanning verder te zetten.**

# Extra illustraties



Waarnemen en denken
Illustraties & Grafieken
Wat is alcohol ?
een pils = een whisky
Bloedalcoholgehalte
Pleasure Event Schedule

Waarnemen en denken
Illustraties & Grafieken
Wat is alcohol ?
een pils = een whisky
Bloedalcoholgehalte
Pleasure Event Schedule

# EXTRA ILLUSTRATIES BIJ SESSIE 1

**1.** Wat is alcohol ? (pagina 51)
**2.** Een pils = Een whisky. (pagina 51)
**3.** Het stijgend effect van alcohol. (pagina 51)
**4.** Registratieformulieren: Dagboekvoorbeeld en leeg formulier.

# wat is alcohol ?

De officiële naam voor alcohol is **ethyl-alcohol of ethanol.**
Deze vloeistof is helder en kleurloos, die puur bijna nooit gedronken wordt (= 100% alcohol).
Alcohol wordt gedronken in de vorm van bier, wijn of gedistilleerde dranken.



## BIER

is een brouwsel van granen,
bv. gerst, dat ze hebben laten gisten
en waaraan hop is toegevoegd.
Vandaar dat bier ook wel eens
'gerstenat' wordt genoemd.

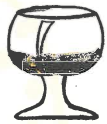
**Alcoholpercentage** ± **5%**



## WIJN

wordt gemaakt van het sap van druiven
of andere vruchten, dat ze op
natuurlijke wijze laten gisten.

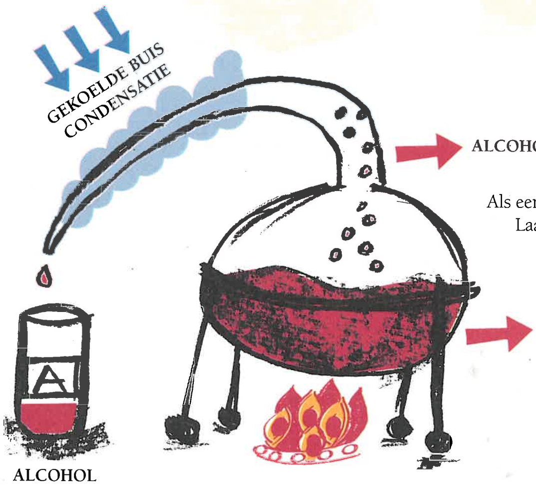
**Alcoholpercentage** ± **12%**



## GEDISTILLEERDE DRANKEN

beter bekend als sterke drank
of borrel, maken ze uit
een gegist brouwsel van granen,
suiker, wijn of kruiden.
Dit brouwsel wordt gedistilleerd
(bekijk onderstaande tekening maar,
om te zien hoe dat in z'n werk gaat).
Door dat distilleren
wordt de hoeveelheid alcohol
in de drank hoger.
Jenever, cognac, brandewijn,
whisky en likeuren zijn
voorbeelden van gedistilleerde dranken.

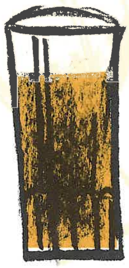
**Alcoholpercentage** ± **35%**




Als een gegist brouwsel wordt verhit, verdampt de alcohol eerst.
Laat men de alcoholdamp door een gekoelde buis lopen,
dan condenseert deze tot een vloeistof die voor
± 50 % uit alcohol bestaat.

# een pils = een whisky

**Verschillende alcoholische dranken** hebben **een verschillend alcoholgehalte** (uitgedrukt in % alcohol of ° proof), maar **sterkere dranken** worden in **kleinere hoeveelheden** gedronken. Een **standaardmaat** is handig om de hoeveelheden alcohol die men verbruikt te berekenen. Zo kan men aannemen dat de onderstaande **hoeveelheden van verschillende dranken** een **gelijkwaardig alcoholgehalte** hebben.



**1 glas pils** (25cl)
à 5°2 alcohol



**1 glas wijn** (11cl)
à 12° alcohol



**1 glas aperitief**
type Martini (8cl)
à 16° alcohol



**1 glas port** (6,5cl)
à 20° alcohol



**1 glas sterke drank** (3,5cl)
à 40° alcohol

**1 glas**
**zwaar bier** (33cl)
à 8° alcohol



**2 glazen pils** (25cl)
à 5°2 alcohol

# het stijgend effect van alcohol

Een voorbeeld van wat er kan gebeuren als iemand die regelmatig wat drinkt en pas gegeten heeft, een avondje 'gaat stappen'. Per uur dat er verstreek sinds het tijdstip waarop men het eerste glas dronk, mag men een alcoholeenheid (zie illustratie 1) aftrekken voor het gedeelte dat door de lever omgezet werd.



**ALCOHOL EN ZWANGERSCHAP**

**Alle alcohol die een vrouw drinkt, wordt ook door de foetus gedronken. De invloed op het ongeboren kind is evenwel veel groter, omdat het lichaamsvolume zo klein is. Deskundigen zijn er nog niet in geslaagd een veilige alcoholinname voor zwangere vrouwen te bepalen. De veiligste houding bestaat er bijgevolg in helemaal niet te drinken, liefst zelfs van voor de conceptie, aangezien er al schade kan berokkend worden voor de zwangerschap door de arts bevestigd wordt.**



| **Man** (70 kg) *1 | | **Vrouw** (55 kg) *2 |
|---|---|---|
| 2 pintjes | Men begint zich lekker te voelen, de reactiesnelheid vermindert. | 1 pintje(s) |
| 3 | Stemt ±overeen met het wettelijk maximum van 0,8 promille alcohol in het bloed voor het autorijden. Oordeelsvermogen en geremdheid nemen af; groter risico voor ongevallen thuis,op het werk en op de weg. Geen noemenswaardige tekens van dronkenschap. | 2 |
| 4 | Coördinatievermogen vermindert, duidelijk minder remmingen, merkbaar onder invloed. | 2 1/2 |
| 6 | Onhandigheid, verlies aan lichaamsbeheersing, neiging tot extreme uitspraken, duidelijke dronkenschap. | 3 |
| 8 | Wartaal: geheugenverlies mogelijk de volgende dag. | 5 |
| 20 | Slaperigheid, bewustzijnsverlies mogelijk. | 11 |
| 25 | Coma en dood mogelijk. | 16 |

***1** = 1 pils (25cl) à 5°2 alcohol of een gelijkwaardige drank (zie illustratie 1).
***2** = Vrouwen zijn meestal kleiner dan mannen en de alcohol in hun lichaam is dus meer geconcentreerd, temeer daar zij minder lichaamsvocht hebben. Vrouwen hebben ook een kleinere lever. Een vrouw die evenveel drinkt als een man zal zichzelf dus meer schade berokkenen dan de man.

## dagboekvoorbeeld

| WAT ER AAN VOORAFGAAT | DRINKEN/GOESTING/WAT/HOEVEEL | HOE HET OPHOUDT |
|---|---|---|
| Eten klaarmaken, 17u30 in de keuken | Beginnen drinken, 2 flessen wijn | Gaan slapen |
| 8u30, slecht geslapen, overschot in de koelkast | 2 glazen, verder gedronken, ganse dag | Gaan slapen |
| 12u00, eten maken in de keuken | 2 glazen, blijven doordrinken, 2 flessen wijn | Gaan slapen |
| Tennissen met vriendin | Geen goesting, niets gedronken, 1 glas gedronken samen | Naar huis |
| Niet goed geslapen, aan vriendin denken en aan onze moeilijkheden | Vanaf 's morgens, 1fles wijn, + 1/2 fles whisky 38° | Vroeg naar bed, voel me ziek |
| Vanaf 16u30 etenstijd, in de keuken | 1 fles wijn | Gaan slapen |
| Vanaf 11u00 etenstijd | 1 fles wijn | Namiddag gaan shoppen |
| Vanaf 13u00, etenstijd, keuken | 2 flessen wijn | Gaan slapen |
| Een vervelend gesprek met tante, 11u00 | 2 flessen wijn | Gaan slapen |
| Ik voel mij depressief, 's morgens | 2 flessen wijn | Gaan slapen |
| Om 20u30 mijn man op de luchthaven gaan halen. Ik voel me rot. | 2 flessen wijn | Gaan slapen |
| Met vriendin naar stad geweest | 1 glas, geen goesting, gezellig | Naar huis |
| 's Morgens nog een restje wijn | Uitgedronken | Ik ben gaan winkelen |

## dagboekvoorbeeld

| WAT ER AAN VOORAFGAAT | DRINKEN/GOESTING/WAT/HOEVEEL | HOE HET OPHOUDT |
| --- | --- | --- |
| | | |

## EXTRA ILLUSTRATIES BIJ SESSIE 2

1. De BAGtabel (pagina 53)
2. De Weektabel (pagina 52)
3. Balans met voor- en nadelen (pagina 53)
4. Malt (pagina 53):

**MALT - München Alkohol Test - kan u terugvinden bij :**
**WALBURG, J., J. VAN LIMBEEK** (1987) München Alkohol Test (MALT), Lisse, Swets & Zeitlinger.

5. Hoeveel alcohol gebruikt u ? (pagina 53):

# BAGtabel - na 1 uur drinken

**Geschat Bloed Alcohol Concentratie (mgl) bereikt na 1 uur drinken, volgens lichaamsgewicht en aantal geconsumeerde drankjes.**

## Mannen ♂

| Aantal drankjes | Lichaamsgewicht 45 | 54 | 63 | 72 | 81 | 90 | 99 | 108kg |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 021 | 015 | 010 | 007 | 004 | 002 | 001 | 000 |
| 2 | 058 | 046 | 036 | 030 | 024 | 020 | 018 | 014 |
| 3 | 095 | 077 | 062 | 053 | 044 | 038 | 135 | 029 |
| 4 | 132 | 108 | 088 | 076 | 064 | 056 | 052 | 044 |
| 5 | 169 | 139 | 114 | 099 | 084 | 074 | 069 | 059 |
| 6 | 206 | 170 | 140 | 122 | 104 | 092 | 086 | 074 |
| 7 | 243 | 201 | 166 | 145 | 124 | 110 | 103 | 089 |
| 8 | 280 | 232 | 192 | 168 | 144 | 128 | 120 | 104 |
| 9 | 317 | 263 | 218 | 191 | 164 | 146 | 137 | 119 |
| 10 | 354 | 294 | 244 | 214 | 184 | 164 | 154 | 134 |
| 11 | 391 | 325 | 270 | 237 | 204 | 182 | 171 | 149 |
| 12 | 428 | 356 | 296 | 260 | 224 | 200 | 188 | 164 |

## Vrouwen ♀

| Aantal drankjes | Lichaamsgewicht 45 | 54 | 63 | 72 | 81 | 90 | 99 | 108kg |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 029 | 021 | 016 | 012 | 009 | 006 | 004 | 002 |
| 2 | 074 | 058 | 048 | 040 | 034 | 028 | 024 | 020 |
| 3 | 119 | 095 | 080 | 068 | 059 | 050 | 044 | 038 |
| 4 | 164 | 132 | 112 | 096 | 084 | 072 | 064 | 056 |
| 5 | 209 | 169 | 144 | 124 | 109 | 094 | 084 | 074 |
| 6 | 253 | 206 | 176 | 152 | 134 | 116 | 104 | 092 |
| 7 | 299 | 243 | 208 | 180 | 159 | 138 | 124 | 110 |
| 8 | 344 | 280 | 240 | 208 | 184 | 160 | 144 | 128 |
| 9 | 389 | 317 | 272 | 236 | 209 | 182 | 164 | 146 |
| 10 | 434 | 354 | 304 | 264 | 234 | 204 | 184 | 164 |
| 11 | 479 | 391 | 336 | 292 | 259 | 226 | 204 | 182 |
| 12 | 524 | 428 | 368 | 320 | 284 | 248 | 224 | 200 |

# BAGtabel - na 2 uur drinken

**Geschat Bloed Alcohol Concentratie (mgl) bereikt na 2 uur drinken, volgens lichaamsgewicht en aantal geconsumeerde drankjes.**

## Mannen ♂

| Aantal drankjes | Lichaamsgewicht 45 | 54 | 63 | 72 | 81 | 90 | 99 | 108kg |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 005 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 |
| 2 | 042 | 030 | 020 | 014 | 008 | 004 | 002 | 000 |
| 3 | 079 | 061 | 046 | 037 | 028 | 022 | 019 | 013 |
| 4 | 116 | 092 | 072 | 060 | 048 | 040 | 036 | 028 |
| 5 | 153 | 123 | 098 | 083 | 068 | 058 | 053 | 043 |
| 6 | 190 | 154 | 114 | 106 | 088 | 076 | 070 | 058 |
| 7 | 227 | 185 | 150 | 129 | 108 | 094 | 087 | 073 |
| 8 | 264 | 216 | 176 | 152 | 128 | 112 | 104 | 088 |
| 9 | 301 | 247 | 202 | 175 | 148 | 130 | 121 | 103 |
| 10 | 338 | 278 | 228 | 198 | 168 | 148 | 138 | 118 |
| 11 | 375 | 309 | 254 | 221 | 188 | 166 | 155 | 133 |
| 12 | 412 | 340 | 280 | 244 | 208 | 184 | 172 | 148 |

## Vrouwen ♀

| Aantal drankjes | Lichaamsgewicht 45 | 54 | 63 | 72 | 81 | 90 | 99 | 108kg |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 013 | 005 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 |
| 2 | 058 | 042 | 032 | 024 | 018 | 012 | 008 | 004 |
| 3 | 103 | 079 | 064 | 052 | 043 | 034 | 028 | 022 |
| 4 | 148 | 116 | 096 | 080 | 068 | 056 | 048 | 040 |
| 5 | 193 | 153 | 128 | 108 | 093 | 078 | 068 | 058 |
| 6 | 238 | 190 | 160 | 136 | 118 | 100 | 088 | 076 |
| 7 | 283 | 227 | 192 | 164 | 143 | 122 | 108 | 094 |
| 8 | 328 | 264 | 224 | 192 | 168 | 144 | 128 | 112 |
| 9 | 373 | 301 | 256 | 220 | 193 | 166 | 148 | 130 |
| 10 | 418 | 338 | 288 | 248 | 218 | 188 | 168 | 148 |
| 11 | 463 | 375 | 320 | 276 | 243 | 210 | 188 | 166 |
| 12 | 508 | 412 | 352 | 304 | 268 | 232 | 208 | 184 |

# BAGtabel - na 3 uur drinken

**Geschat Bloed Alcohol Concentratie (mgl) bereikt na 3 uur drinken, volgens lichaamsgewicht en aantal geconsumeerde drankjes.**

## Mannen ♂

| Aantal drankjes | Lichaamsgewicht 45 | 54 | 63 | 72 | 81 | 90 | 99 | 108kg |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 026 | 014 | 004 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 |
| 3 | 063 | 045 | 030 | 021 | 012 | 006 | 003 | 000 |
| 4 | 100 | 076 | 056 | 044 | 032 | 024 | 020 | 012 |
| 5 | 137 | 107 | 082 | 067 | 052 | 042 | 037 | 027 |
| 6 | 174 | 138 | 108 | 090 | 072 | 060 | 054 | 042 |
| 7 | 211 | 169 | 134 | 113 | 092 | 078 | 071 | 057 |
| 8 | 248 | 200 | 160 | 136 | 112 | 096 | 088 | 072 |
| 9 | 285 | 231 | 186 | 159 | 132 | 114 | 105 | 087 |
| 10 | 322 | 262 | 212 | 182 | 152 | 132 | 122 | 102 |
| 11 | 359 | 293 | 238 | 205 | 172 | 150 | 139 | 117 |
| 12 | 396 | 324 | 264 | 228 | 192 | 168 | 156 | 132 |
| 13 | 433 | 355 | 290 | 251 | 212 | 186 | 173 | 147 |
| 14 | 470 | 386 | 316 | 274 | 232 | 204 | 190 | 162 |

## Vrouwen ♀

| Aantal drankjes | Lichaamsgewicht 45 | 54 | 63 | 72 | 81 | 90 | 99 | 108kg |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 042 | 026 | 016 | 008 | 002 | 000 | 000 | 000 |
| 3 | 087 | 063 | 048 | 036 | 027 | 018 | 012 | 006 |
| 4 | 132 | 100 | 080 | 064 | 052 | 040 | 032 | 024 |
| 5 | 117 | 137 | 112 | 092 | 077 | 062 | 052 | 042 |
| 6 | 222 | 174 | 144 | 120 | 102 | 084 | 072 | 060 |
| 7 | 267 | 211 | 176 | 148 | 127 | 106 | 092 | 078 |
| 8 | 313 | 248 | 208 | 176 | 152 | 128 | 112 | 096 |
| 9 | 357 | 285 | 240 | 204 | 177 | 150 | 132 | 114 |
| 10 | 402 | 322 | 272 | 232 | 202 | 172 | 152 | 132 |
| 11 | 447 | 359 | 304 | 260 | 227 | 194 | 172 | 150 |
| 12 | 492 | 396 | 336 | 288 | 252 | 216 | 192 | 168 |
| 13 | 537 | 433 | 368 | 316 | 277 | 238 | 212 | 186 |
| 14 | 582 | 470 | 400 | 344 | 302 | 260 | 232 | 204 |

# BAGtabel - na 4 uur drinken

**Geschat Bloed Alcohol Concentratie (mgl) bereikt na 4 uur drinken, volgens lichaamsgewicht en aantal geconsumeerde drankjes.**

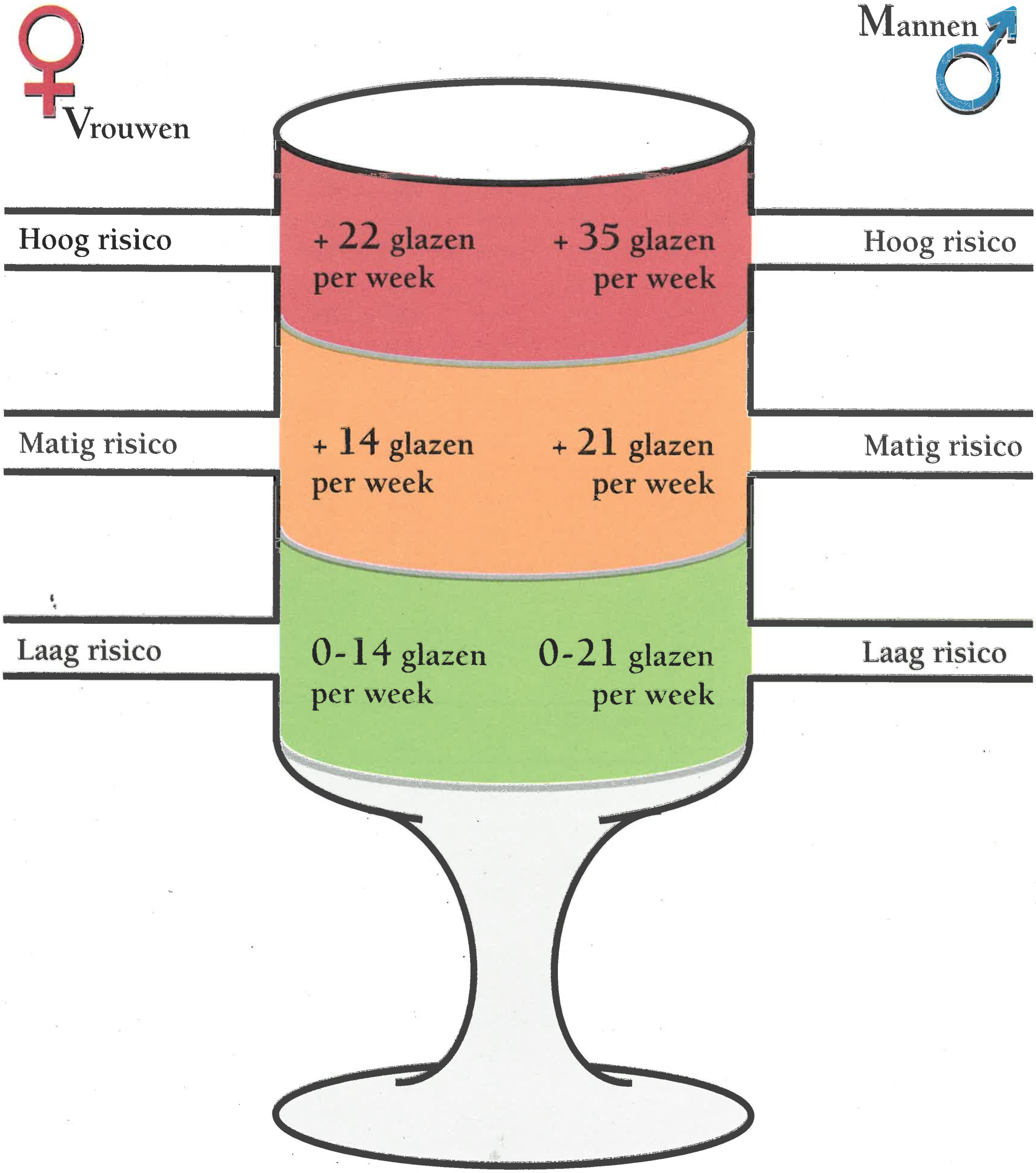
## Mannen ♂

| Aantal drankjes | Lichaamsgewicht 45 | 54 | 63 | 72 | 81 | 90 | 99 | 108kg |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 010 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 |
| 3 | 047 | 029 | 014 | 005 | 000 | 000 | 000 | 000 |
| 4 | 084 | 060 | 040 | 028 | 016 | 008 | 004 | 000 |
| 5 | 121 | 091 | 066 | 051 | 036 | 026 | 021 | 011 |
| 6 | 158 | 122 | 092 | 074 | 056 | 044 | 038 | 026 |
| 7 | 195 | 153 | 118 | 097 | 076 | 062 | 055 | 041 |
| 8 | 232 | 184 | 144 | 120 | 096 | 080 | 072 | 056 |
| 9 | 269 | 215 | 170 | 143 | 116 | 098 | 089 | 071 |
| 10 | 306 | 246 | 196 | 166 | 136 | 116 | 106 | 086 |
| 11 | 343 | 277 | 222 | 189 | 156 | 134 | 123 | 101 |
| 12 | 380 | 308 | 248 | 212 | 176 | 152 | 140 | 116 |
| 13 | 417 | 339 | 274 | 235 | 196 | 170 | 157 | 131 |
| 14 | 454 | 370 | 300 | 258 | 216 | 188 | 174 | 146 |
| 15 | 491 | 401 | 326 | 281 | 236 | 206 | 191 | 161 |
| 16 | 528 | 432 | 352 | 304 | 256 | 224 | 241 | 176 |

## Vrouwen ♀

| Aantal drankjes | Lichaamsgewicht 45 | 54 | 63 | 72 | 81 | 90 | 99 | 108kg |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 026 | 010 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 |
| 3 | 071 | 047 | 032 | 020 | 011 | 002 | 000 | 000 |
| 4 | 116 | 084 | 064 | 048 | 036 | 024 | 016 | 008 |
| 5 | 161 | 121 | 096 | 076 | 061 | 046 | 036 | 026 |
| 6 | 206 | 158 | 128 | 104 | 086 | 068 | 056 | 044 |
| 7 | 251 | 195 | 160 | 132 | 111 | 090 | 076 | 062 |
| 8 | 296 | 232 | 192 | 160 | 136 | 112 | 096 | 080 |
| 9 | 341 | 269 | 224 | 188 | 161 | 134 | 116 | 098 |
| 10 | 386 | 306 | 256 | 216 | 186 | 156 | 136 | 116 |
| 11 | 431 | 343 | 288 | 244 | 211 | 178 | 156 | 134 |
| 12 | 476 | 380 | 320 | 272 | 236 | 200 | 176 | 152 |
| 13 | 521 | 417 | 352 | 300 | 261 | 222 | 196 | 170 |
| 14 | 566 | 454 | 384 | 328 | 286 | 244 | 216 | 188 |
| 15 | 611 | 491 | 416 | 356 | 311 | 266 | 236 | 206 |
| 16 | 656 | 528 | 448 | 384 | 336 | 288 | 256 | 224 |

## hoeveel alcohol gebruikt u ?



## balans met voor- en nadelen van je drinken

| + punten | – punten |
|---|---|
| vb.: Ik vind het lekker | vb.: Het kost mij teveel geld |

1

2

3

4

5

Deze afweging is belangrijk voor de manier waarop je in de toekomst wil gaan drinken.
Maak voor jezelf duidelijk wat je wil en hou daarbij de balans tussen de voor- en nadelen in het oog.

NAAR WELKE KANT SLAAT DE BALANS DOOR ?

**MALT - München Alkohol Test - kan u terugvinden bij :**

**WALBURG, J., J. VAN LIMBEEK** (1987) München Alkohol Test (MALT), Lisse, Swets & Zeitlinger.

## Extra illustraties bij sessie 3

# waarnemen/denken - een voorbeeld

| | | |
|---|---|---|
| **Mijn waarneming van de feiten en gebeurtenissen** | 1 | **Gezuiverde waarneming** |
| Ik kom voorbij mijn oude stamcafé en zie daar mijn maats zitten. | | Ik kom voorbij het café, waarin ik vroeger om een biertje ging. De mensen die ik daar vaak ontmoette zijn binnen. |
| **Mijn gedachten** | 2 | **Rationele gedachten** |
| Ik heb een pilsje nodig. | | Ik heb een pils niet echt nodig. Ik heb er enkel zin in. Maar ik hoef hier niet aan toe te geven. Ik kan heel goed leven zonder alcohol en dat zal ik mezelf ook aantonen. |
| Ik kan niet zomaar voorbij lopen. | | Natuurlijk kan ik wel voorbij lopen zonder eerst een pilsje te nemen. Het is enkel een beetje onwennig. Maar ik hoef enkel mijn benen in de goede richting te zetten. |
| **Gevoelens** | 3 | **Uitdaging van de gevoelens** |
| Onrustig, gespannen, terwijl ik goesting heb. | | Rustig zijn in deze situatie. |
| **Mijn reactie** | 4 | **Rationele reactie** |
| Ik ga naar binnen en drink een pilsje. | | Ik loop door, zonder eerst een pilsje te pakken. |

**Kenmerken van rationeel denken**

1. Is de gedachte gebaseerd op feiten ?
2. Helpt de gedachte me bij het bereiken van mijn doel ?
3. Voorkomt de gedachte ongewenste gevoelens ?
4. Voorkomt de gedachte ongewenste conflicten ?

## waarnemen/denken - de oefening

**1**

**Mijn waarneming van de feiten en gebeurtenissen**

Het is zes uur en ik heb de hele dag hard gewerkt.
Het is borreltijd.

**Gezuiverde waarneming**

**2**

**Mijn gedachten**

Ik heb wel een borrel verdiend.

**Rationele gedachten**

**3**

**Gevoelens**

Ik heb goesting en voel me onrustig als ik het niet ga doen.

**Uitdaging van de gevoelens**

**4**

**Mijn reactie**

Ik neem de kruik en schenk een borreltje in.

**Rationele reactie**

**Kenmerken van rationeel denken**

1.

2.

3.

4.

## waarnemen/denken - vul zelf in

| | | |
|---|---|---|
| Mijn waarneming van de feiten en gebeurtenissen | 1 | Gezuiverde waarneming |
| Mijn gedachten | 2 | Rationele gedachten |
| Gevoelens | 3 | Uitdaging van de gevoelens |
| Mijn reactie | 4 | Rationele reactie |

Kenmerken van rationeel denken

1.

2.

3.

4.

# EXTRA ILLUSTRATIES BIJ SESSIE 4

**1.** Goldsteinvideo (pagina 59)

**GOLDSTEINvideo kan u terugvinden bij:**
**VERMEIREN W., J.** (1991) Video's voor Goldstein (VHS). Tonen dat je kwaad bent - Opkomen voor je mening - Een kort gesprek voeren, 18 min. Leuven, bestellen: CGG, V. Decosterstraat 86, 3000 Leuven, 2.000 fr. per cassette.

**2.** Pleasent Events Schedule (pagina 61)

**PES - Pleasant Events Schedule - overgenomen uit:**
**BOUMAN, T.,** (1986) Een psychometrische evaluatie van de stemmingsschaal van de Pleasent Events Schedule (PES). Gedragstherapie, 19, 2, p. 97-107.

# Pleasent Events Schedule

| HOE PLEZIERIG VINDT U DIE GEBEURTENIS IN HET ALGEMEEN ? | | | | HOE VAAK KWAM HET IN DE AFGELOPEN 30 DAGEN VOOR ? | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| niet plezierig | beetje plezierig | erg plezierig | | niet | 1-6 keer | 7 keer of meer |
| | | | Lachen | | | |
| | | | Ontspannen zijn | | | |
| | | | In gezelschap zijn van vrolijke mensen | | | |
| | | | Lekker eten | | | |
| | | | Denken aan iets goeds in de toekomst | | | |
| | | | Mensen tonen belangstelling voor wat je hebt gezegd | | | |
| | | | Denken aan mensen die je aardig vindt | | | |
| | | | Kijken naar mooie landschappen | | | |
| | | | Schone lucht inademen | | | |
| | | | In gezelschap zijn van vrienden | | | |
| | | | Je rustig en tevreden voelen | | | |
| | | | Door een ander sexueel aantrekkelijk gevonden worden | | | |
| | | | Kussen | | | |
| | | | Naar andere mannen kijken | | | |
| | | | Een openhartig gesprek hebben | | | |
| | | | In de zon zitten | | | |

# Pleasent Events Schedule

| HOE PLEZIERIG VINDT U DIE GEBEURTENIS IN HET ALGEMEEN ? | | | | HOE VAAK KWAM HET IN DE AFGELOPEN 30 DAGEN VOOR ? | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| niet plezierig | beetje plezierig | erg plezierig | | niet | 1-6 keer | 7 keer of meer |
| | | | Schone kleren dragen | | | |
| | | | Vrije tijd hebben | | | |
| | | | Een plan op je eigen manier uitvoeren | | | |
| | | | 's Nachts goed slapen | | | |
| | | | Naar muziek luisteren | | | |
| | | | Sexueel contact hebben | | | |
| | | | Naar andere mensen glimlachen | | | |
| | | | Iemand zegt je dat hij /zij van je houdt | | | |
| | | | Verhalen, romans, gedichten of toneelstukken lezen | | | |
| | | | Een plan maken of iets op touw zetten | | | |
| | | | Naar een restaurant gaan | | | |
| | | | Iemand zeggen dat je van hem/haar houdt | | | |
| | | | Vrijen | | | |
| | | | In gezelschap zijn van iemand waar je van houdt | | | |
| | | | Dat het je familie of vrienden goed gaat | | | |
| | | | Iemand prijzen of een compliment maken | | | |

# Pleasent Events Schedule

| HOE PLEZIERIG VINDT U DIE GEBEURTENIS IN HET ALGEMEEN ? | | | | HOE VAAK KWAM HET IN DE AFGELOPEN 30 DAGEN VOOR ? | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| niet plezierig | beetje plezierig | erg plezierig | | niet | 1-6 keer | 7 keer of meer |
| | | | Koffie, thee, enz. drinken met vrienden | | | |
| | | | Kennis maken met iemand | | | |
| | | | Van jezelf het gevoel hebben goed te rijden (met de auto) | | | |
| | | | Iets op een heldere manier zeggen | | | |
| | | | Dieren om je heen hebben | | | |
| | | | Goed vallen in gezelschap | | | |
| | | | Een levendig gesprek hebben | | | |
| | | | De aanwezigheid van God in je leven voelen | | | |
| | | | Plannen maken voor uitstapjes of vakanties | | | |
| | | | Naar de radio luisteren | | | |
| | | | Iets nieuws leren doen | | | |
| | | | Oude vrienden ontmoeten | | | |
| | | | Met succes een karwei opknappen | | | |
| | | | Om hulp of advies worden gevraagd | | | |
| | | | Anderen amuseren | | | |
| | | | Een compliment krijgen of gezegd worden dat je iets goed gedaan hebt | | | |

# Index woorden

Craving
Craving
Herval
Probleemdrinken
Herval
Bifasisch effect
Tolerantie
Verslaving
Tolerantie

# Omschrijving van enkele gangbare begrippen m.b.t. probleemdrinken

## 1. Probleemdrinken:

We gebruiken deze term omdat hij een continuumgedachte inhoudt: iemand kan relatief weinig drinken en toch heelwat moeilijkheden hebben met zijn omgeving (werk, verkeer, partner...); iemand kan relatief veel drinken en geen hieraan gerelateerde problemen gedurende jaren ontmoeten. Alle combinaties van drankgebruik en gerelateerde problemen zijn mogelijk.

We kijken naar het probleemdrinken als een slechte gewoonte die gekenmerkt wordt:

**a.** Door het feit dat ze zich koppelt aan interne situaties (je drinkt als je je gespannen voelt) of aan externe gebeurtenissen (je drinkt op een receptie). Stilaan koppelt deze gewoonte zich:

✓ aan een grote reeks van situaties (en niet alleen maar occasionele gebeurtenissen zoals een feest)

✓ en verhoogt de hoeveelheid per gebeurtenis

zodat je zonder het te merken de gehele dag drinkt.

**b.** Als alle gewoonten is het erg moeilijk ze te veranderen maar blijft het mits de nodige inspanning haalbaar.

**c.** Gewoonten zijn dus automatismen die je uiteindelijk ontsnappen, onbewust verlopen en je dus steeds duwen naar drinken, omdat de gewoonte wil uitgevoerd worden en gegeven de gewone omstandigheden waarin je drinkt wordt dat automatisch in gang gezet of je dat nu wil of niet. M.a.w. bewust drinken en bewust je drinkgedrag veranderen is slechts een onderdeel van het verhaal, omdat je vaststelt door je eigen gewoonten gerold te worden. Bijgevolg kan je in een gewoontesituatie, na een woedeuitbarsting (indien deze koppeling bestaat) vaststellen ineens weer aan het drinken te zijn.

## 2. Craving, lust, goesting, drang, zucht, trek, onrust, zenuwachtigheid, spanning, irritatie:

**a.** Goesting kan je maar hebben op het ogenblik dat je niet drinkt in een situatie waar je gewoon bent te drinken. Dus drink je iets als je thuiskomt van het werk gedurende jaren en plots stop je met deze gewoonte dan treedt zenuwachtigheid op en later craving. Wanneer je dus in een gewoontesituatie direct je dagelijkse gedrag uitvoert, treedt geen goesting op. Goesting verdwijnt ook vanaf het ogenblik dat je de intentie hebt om toch maar te gaan drinken.

**b.** Therapeutisch betekent dit dat wanneer je je drinkgedrag probeert te veranderen je je in eerste instantie erg onrustig gaat voelen en veel goesting hebt om te drinken. Dit zal aanzienlijk minder zijn wanner je deze verandering doorvoert in een totaal andere omgeving dan deze waar je gewoonlijk dronk. Maar voor koppelingen aan interne toestanden bijv. woede, spanning... maakt dat minder verschil uit.

## 3. Herval:

**a.** Zelfs na jaren kan je terug goesting hebben als je terug in een situatie komt waar je vroeger dronk.
De activatie gebeurt vanzelf en wanneer je niet drinkt, krijg je goesting. Zo kan je zelfs terug drinken zonder dat je het initieel merkt. Deze toestand waarin een oude gewoonte terug de overhand neemt wordt bevorderd door het feit dat de situaties sterk op elkaar lijken, door vermoeidheid en bij gecontroleerde sociale drinkers door een iets te snelle inname van alcohol, waardoor het bewustzijn daalt.

**b.** Om herval het hoofd te bieden zal je dus ook moeten leren hoe je drinkgewoonten in mekaar zitten.

## 4. Bifasisch effect:

**a.** In eerste instantie heeft alcohol een wat euforiserend effect door zijn sederende werking. Alcohol oefent een continue sederende werking uit maar verdoofd eerst hersencentra die een eerder controlerende functie uitvoeren, waardoor mensen eerst wat "losser worden" en daarna steeds rustiger en uiteindelijk slaperiger.

**b.** In deze conceptie val je dus ook hoe langer hoe sterker terug op gegeven kennisstructuren. Dus een man die woedend wordt als hij tegengesproken wordt dronken zijnde, doet dit maar omdat deze handelswijze klaar ligt. Op nuchtere ogenblikken is het best mogelijk dat je dit nooit ziet. Dus creativiteit onder alcohol is miniem; maximaal is wel teruggrijpen naar bewaarde kennisstructuren.

## 5. Bloed alcohol gehalte (BAG) en doordrinken:

**a.** Niet bij 8 pro mille maar reeds bij 5 pro mille daalt uw bewustzijn. Bij dalend bewustzijn val je terug op je ingesleten gewoonten zodat, zoals hierboven beschreven, een herval mogelijk wordt.

**b.** Doordrinken is dan ook voorgeprogrammeerd voor mensen die hun drinkgedrag wijzigen, maar zich niet strikt houden aan hun individuele BAG-tabel. Hetzelfde geldt bij geheelonthouders die hernemen.

## 6. Tolerantie:

**a.** Dit betekent dat je om hetzelfde effect van alcohol te bereiken, je er steeds meer moet van gebruiken. Psychologisch betekent dit: wanneer je drinkt krijg je na een paar glazen het natuurlijke gegeven waarbij je de alcohol voelt "stijgen". Wanneer je dat maar genoeg oefent in een bepaalde situatie (intern of extern) duurt dit steeds langer en uiteindelijk verdwijnt het helemaal. Zo kan iemand 's avonds perfect wat glazen bier drinken en de indruk hebben dat hij nooit dronken is. 's Middags op het werk drinkt hij uitzonderlijk twee glazen en heeft hij de indruk dat hij de ganse namiddag dronken is. Wanneer hij dit maar genoeg oefent, wordt ook deze namiddagsituatie zo en dus kunnen zich verder alle situaties habitueren. Men wordt volledig tolerant aan de effecten van alcohol.

**b.** Er zijn twee soorten tolerantie: de fysieke en de psychologische. Het lichaam bouwt een metabole en functionele tolerantie op voor alcohol.

## 7. Verslaving/Afhankelijkheid:

Uit al het voorafgaande volgt dat verslaving niet vast te stellen is in ja of neen, maar eerder een continuüm wordt: heb je veel gekoppelde gewoonten, dan wordt het steeds moeilijker, steeds verslaafder. Maar ook iemand die bij zijn thuiskomst van het werk steeds drinkt (bv. twee glazen bier en anders nooit) heeft na zekere tijd een afhankelijkheidsprobleem. In zijn dagelijks leven zal hij er waarschijnlijk weinig last mee hebben. We zijn hier dan terug aanbeland bij onze omschrijving van het probleemdrinken.Vandaar dat afhankelijkheid als term te verkiezen is boven verslaving.

Samenstelling door:
Jean-Pierre Broothaerts, Luc Taccoen, Walter Vermeiren

Een uitgave van:
Project POK & Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen

V.u.: POK - Jean-Pierre Broothaerts, de Smet de Naeyerlaan 470, 1090 Brussel

Vormgeving: Carla Cox

Druk: Acco Leuven



VAD